UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1974 - N° 279

PARANOÏA
ET TROUBLES DE L'HUMEUR

THESE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 25 Septembre 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard BORG
né le 3 Octobre 1947
à TUNIS (Tunisie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544715_0024

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1974 - N° 279

PARANOÏA
ET TROUBLES DE L'HUMEUR

THESE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 25 Septembre 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard BORG
né le 3 Octobre 1947
à TUNIS (Tunisie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

U.E.R. Médecine Grange-Blanche

8 Avenue Rockefeller

69008 LYON

- Président de l'Université : Professeur J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : Professeur R. TOURRAINE
- Deuxième Vice-Président : M.P. PONCET
- Troisième Vice-Président : M.C. BADOR
- Secrétaire-général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE :

- MEDECINE : Grange-Blanche : Directeur : Professeur D. GERMAIN
  Alexis-Carrel : Directeur : Professeur C. GIROD
  Sud-Ouest : Directeur : Professeur J. ROBERT
  Lyon-Nord : Directeur : Professeur J.P. GARIN
  Directeur honoraire : Professeur A. BERTOYE
- BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : Professeur J.C. CZYBA
- TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Docteur A. MORGON (Maître de Conférences Agrégé)
- Sciences pharmaceutiques : Directeur : Professeur M. CARRAZ
- Sciences Odontologiques : Directeur : Docteur R. VINCENT
- Institut régional d'Education Physique et Sportive : Président du Conseil d'UER : Professeur R. GUILLET
  Directeur : M.A. MILLON
- Mathématiques : Directeur : Professeur G. MAURY
- Physique : Directeur : Professeur R. UZAN
- Chimie et Biochimie : Directeur : Professeur J. HUET
- Sciences de la Nature : Directeur : Professeur J. BRUN
- Sciences Physiologiques : Directeur : M.R. FONTANGES (Maitre de Conférences Agrégé)
- Institut Universitaire de Technologie n° 1 : Directeur : Professeur B. POUYET
- Institut Universitaire de Technologie n° 2 : Directeur : M.J. GALLET - Directeur E.N.S.A.M.
- Observatoire : Directeur : Professeur BIGAY J.H.
- Physique Nucléaire : Directeur : Professeur A. SARAZIN
- Mécanique : Directeur : Professeur J. MATHIEU

A MES PARENTS

Leur dévouement et leur Amour ont permis la réalisation de cette thèse

A MA FEMME

Sa présence, toute de gentillesse et d'attentions, son Amour, ont été le soutien de chaque jour

A MON FRERE

Son affection, ses conseils, son aide parfois, m'ont toujours soutenus dans les moments difficiles

A MES DEUX SOEURS

Leur tendresse, leur gaîté, sont un rayon de soleil dans mon coeur

A MES GRANDS-PARENTS

Avec mon affection

A MES BEAUX-PARENTS

Avec mon amitié

A TOUS LES MIENS

En témoignage de mon dévouement

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G U Y O T A T

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLIN

Nous le remercions de l'intérêt qu'il a bien voulu accorder à ce travail.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE VEDRINE

Nous sommes très sensibles à l'intérêt qu'il a bien voulu accorder à cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J. HOCHMANN

Il nous a fait l'honneur d'accepter de siéger à notre jury.
Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BONNET

C'est sous sa direction que nous avons réalisé cette thèse.
Nous conserverons toujours le souvenir de son excellent enseignement clinique, de sa constante bienveillance.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre admiration.

P L A N

INTRODUCTION

HISTORIQUE DE LA PARANOIA

CLASSIFICATION DES PSYCHOSES PARANOIAQUES

ETUDE DES RAPPORTS entre la Psychose Paranoïaque et les troubles de l'HUMEUR

- Les troubles de l'humeur dans les différents tableaux des Psychoses Paranoïaques
  - . Dans les délires de revendication
  - . Dans les délires d'interprétation ; hypochondrie et mégalomanie
  - . Dans les délires passionnels : délire de jalousie ; érotomanie
  - . Dans la paranoïa sensitive de Kretschmer
- Les symptômes paranoïaques dans les troubles de l'hummeur (manie, mélancolie).
  - . L'anarchie instinctivo-affective de la manie
  - . La mélancolie ; la furie du suicide
  - . Karl Abraham ; Freud ; Mélanie Klein
  - . Le délire de négation de COTARD
- La dépression comme mode d'entrée dans une psychose
- Présentation des observations et discussion
  - . Le diagnostic en phase aigüe
  - . Le diagnostic à long terme

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

**

I - INTRODUCTION

Le terme de paranoïa, longtemps très limité en psychiatrie est devenu d'un usage courant dans le public, utilisé fréquemment pour désigner un homme difficile à vivre, "caractériel". L'abus de ce terme a gagné les milieux psychiatriques.

Or , si la méconnaissance d'un état paranoïaque peut entrainer des désordres pour l'individu et son entourage, un diagnostic erroné peut, d'un autre côté, ruiner la vie et la carrière d'un homme, mais surtout méconnaître les possibilités thérapeutiques actuelles et faire porter un pronostic péjoratif.

Nous rapportons un certain nombre d'observations provenant du service du Docteur BONNET, dans lesquelles l'évolution sur plusieurs mois ou années permet de constater que des symptômes paranoïaques s'observent au cours de cer dérèglements de l'humeur à type maniaque ou dépressif. Elles nous permettrons d'analyser du point de vue clinique, psychodynamique et existentiel les relations entre les diff entes composantes du caractère paranoïaque et ceux des diff rents aspects du dérèglement de l'humeur.

II - HISTORIQUE DE LA PARANOIA

Le terme lui-même doit être antérieur à Hippocrate puisqu'on le retrouve comme un terme déjà connu dans des écrits qui lui sont attribués. En ce temps-là, le mot était plus ou moins équivalent à la "folie" d'aujourd'hui. Ce n'est qu'au 18ème siècle qu'on le voit réapparaître, introduit par CULLEN en 1772. Au 19ème siècle, bien d'autres termes furent utilisés tels que : folie partielle, folie morale, monomanie, manie sans délire, folie raisonnante,

folie lucide et finalement paranoïa pour désigner cette "association étrange de la folie et de la raison" selon Sérieux et Capgras. Esquirol en 1822 oppose la lypémanie aux monomanies, intellectuelle, affective et instinctive. Pour Westphal (1876) la paranoïa est rattachée à un trouble de la fonction intellectuelle. Lasègue (1852) décrit le délire de persécution (avec la notion de persécutés-persécuteurs) qui sera repris par Jules Fabret. Morel et Foville y associent les délires de grandeur.

Magnan (1893) décrit le "délire systématisé des dégénérés" évoluant en quatre phases :

- incubation ou inquiétude
- persécution avec hallucinations auditives
- période des idées de grandeur
- désagrégation du délire et installation définitive de la persécution.

En Allemagne, Sirell et Sander introduisent la notion de paranoïa primaire.

Mais c'est Kraepelin en 1893 qui donne la définition la plus communément admise : "développement insidieux sous la dépendance de causes internes et suivant une évolution continue d'un système délirant, durable, impossible à ébranler, qui s'instaure avec une conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action".

On voit ainsi la distinction entre les trois groupes de délires :

- délires paranoïdes de la démence précoce
- délires fantastiques ou paraphrénies
- délires paranoïaques.

En ce qui concerne ces derniers, Kraepelin distingue le délire de préjudice et le délire de grandeur. Il inclut dans le premier groupe le délire de persécution, de

jalousie et d'hypocondrie. Dans le deuxième groupe, on trouve les délires des inventeurs, des interprétateurs filiaux, des mystiques, des érotimanes. Mais le délire de quérulence (ou de revendication) n'est pas inclus dans la paranoïa.

EN 1909, on note surtout l'étude de Sérieux et Capgras sur les folies raisonnantes. Dans cet ouvrage, la paranoïa est réduite au délire d'interprétation tandis que les formes hallucinatoires évoluent vers la démence.

Le mécanisme unique de l'interprétation est ainsi défini : "l'interprétation délirante est un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel, en vertu d'associations d'idées, liées aux tendances, à l'affectivité, prend, à l'aide d'inductions et de déductions erronées, une signification personnelle pour le malade invinciblement poussé à tout rapporter à lui. Elle se distingue de l'hallucination et de l'illusion. Elle se distingue aussi de l'idée délirante qui n'est pas déduite d'un fait observé".

D'où une tendance chez les auteurs français à faire éclater le concept de paranoïa. Gilbert Baller, en 1911, crée la psychose hallucinatoire chronique, séparant ainsi deux groupes de délires :

- les délires hallucinatoires
- les délires interprétatifs.

Montassut (1924), puis surtout Genil-Perrin, dans son ouvrage "princeps", décrivent une constitution paranoïaque caractérisée par des traits de caractère -orgueil, méfiance, fausseté du jugement- dont l'exacerbation provoque la maladie paranoïaque.

Dans cette perspective constitutionnaliste, Kretschmer décrit une forme particulière de délire aux sensitifs.

Avec Nodet, Claude H. Ey, une conception plus structurale des délires apparait. Ce qui crée l'unité de la paranoïa ce n'est pas le thème (qui peut être très divers : mégalomanie, jalousie, érotomanie, mysticisme, hypocondrie, auto-accusation, influence revendications, mais en fait unique quant à sa signification qui est toujours persécutoire ou le mécanisme (interprétation, hallucination, intuition ou imagination) mais la structure délirante.

Ainsi, l'évolution historique a peu à peu, isolé des psychoses délirantes, les psychoses paranoïaques et fait remarquable, le caractère, considéré initialement comme le terrain naturel où germe le délire paranoïaque, s'est peu à peu constitué en un ensemble où le délire n'est pas indispensable et qui finit par former l'essentiel de ce que l'on appelle paranoïa.

Néanmoins, les problèmes de diagnostic et de délimitation se posent surtout avec les psychoses paranoïaques. Nous allons dans un premier temps les classer et nous préciserons par la suite les signes distinctifs permettant de différencier si possible les psychoses paranoïaques des troubles de l'humeur, notamment dans leurs formes délirantes. tout en sachant qu'avant tout c'est un diagnostic de personnalité qu'il importera de porter, personnalité qui pourra encore évoluer ou se modifier. Le diagnostic sera centré sur l'étude de la relation liée avec le malade, ce qui remet en évidence le facteur temps dans le diagnostic en psychiatrie.

III - CLASSIFICATION DES PSYCHOSES PARANOIAQUES

L'origine du mot "délire" apparait pour la première fois dans la langue médicale de la Renaissance comme substantif verbal du mot latin "Delirare" qui veut dire "sortir du sillon" et au sens figuré, commettre des extravagances.

Dans la première moitié du XIX ème siècle, Esquiro

décrit des folies partielles qu'il distingue selon les modifications de l'humeur qui leur sont propres en :

- lypemanie, caractérisée par la tristesse
- monomanies, par opposition, qu'il différencie selon la faculté mentale altérée de façon prédominante.

1) On a d'abord classé les délires selon le thème.

a) Le groupe des délires de revendication comprenant les quérulents processifs ; les inventeurs ; les Idéalistes passionnés

b) Les délir s passionnels comprenant le délire de jalousie ; le délire érotomaniaque

c) La Sinistrose.

2) On peut envisager une classification selon le mécanisme d'élaboration.

Ces mécanismes supposaient chez leurs auteurs des arrière-pensées foncièrement organicistes et se résumaient en quatre phénomènes :

- délires imafinatifs de Dupré
- délires d'hallucinations
- délires de conviction absolue
- délires d'interprétation de Sérieux et Capgras. C'est la folie raisonnante qui correspond aux "monomanes intellectuels" d'Esquirol.

3) Enfin, on peut envisager de classer ces délires selon le mode de réaction au délire et on distingue :

- les formes sthéniques dont la forme revendicatrice représente l'essentiel

- la forme hyposthénique qui correspond à la paranoïa sensitive de Kretschmer ou délire de relation des sensitifs.

4) Actuellement, on tend à classer les délires en différents genres, non sur des mécanismes plus ou moins apparents qui ne sont en fait que des manières de délirer, mais sur l'étude de la Structure de cette organisation "aliénée", donc sur la structure délirante. car le délire est une modalité particulière des relations permanentes qui unissent la personne à son monde propre et à celui des autres ; c'est un mode de relation et donc un mode de langage incorporé à la personne même du malade délirant ; il est vécu et non subi.

En psychiatrie, la notion de structure cherche à dégager et à exprimer ce qui, dans un état morbide, représente les éléments fondamentaux fixés dans un assemblage cohérent. Par ailleurs, la notion de structure peut prendre assise par analogie avec le fait neurologique sur les conceptions jaksoniennes de dissolution et de reconstruction. cette notion a été reprise par Ribot, puis par H. Claude et par H. Ey qui s'inspire d'un néo-jaksonisme dans sa théorie organo-dynamique. La notion de structure devient dynamique, englobant ces différents éléments dans leurs inter-réactions et dans l'évolution de la personnalité. Ce qui compte alors, c'est selon l'expression de Minkowski "la façon dont un être humain, malade ou bien portant, se situe dans le temps et dans l'espace vécus...".

IV - L'ETUDE DES RAPPORTS ENTRE LA PSYCHOSE PARANOIAQUE ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Elle n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour des discussions psychiatriques.

Ce fut un progrès capital de la nosographie, quand Lasègue isola son délire des persécutions des lypmanies, dans lesquelles Esquirol les confondait. Cotard, Régis, Séglas Griesinger, analysent les rapports entre persécutés mélancoliques et persécutés vrais. Pour Griesinger, la Verrücktheit était toujours secondaire à un accès mélancolique. Soulignons l'importance d'une période hypocondriaque, pour les anciens auteurs, dans les délires de persécution. D'autre part, l'exaltation maniaque fait partie du tableau classique (Lasègue, Legrand du Saulle, Fabret) de persécutés - per persécuteurs. Sérieux et Capgras qui se fondent sur une nosographie précise du délire de revendication y reconnaissent un des traits essentiels du syndrome. Séglas en 1888 rapporte un cas où le délire de persécution se combine avec la mélancolie anxieuse. Ballet en 1892 insiste sur des formes qu'il considère comme des transitions entre la mélancolie et le délire de persécution. Il insiste sur les contenus d'idées hypocondriaques dans ces formes. Taguet en 1882 insiste sur des formes intermittentes du délire, qui apparaissent sur des états de surexcitation périodique de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté. Vers 1900, les querelles de mots se multipliaient autour du terme de délire systématisé secondaire (Anglade), de paranoïa périodique (Mönkemmoller en Allemagne). Pour Kraepelin le titre de paranoïa périodique est une contradiction, aussi Bleuler qui en publie onze cas, les qualifie-t-il de periodischer Wahnsinn (confusion mentale). Kraepelin lui-même, en 1907, cite un cas magnifique où l'on voit le délire d'interprétation dans sa forme typique, alterner avec un délire mystique avec sentiment d'influence et tendances expansives, suivant des oscillations de l'humeur dépressives et euphoriques d'allure typiquement cyclothymique.

Régis, très orienté vers la recherche des déterminations organiques du délire, inspire la thèse de Lalanne sur les persécutés mélancoliques. Anglade inspire également deux thèses sur les rapports de la psychose périodique et de la paranoïa. Tous les auteurs précédemment cités, de Séglas à Anglade, tendent à voir dans ces faits une détermination du délire par les variations maniaco-dépressives.

Masselon (1912) parle de psychoses associées donc d'une coexistence ou d'une association des deux psychoses. Specht en 1908 tente de trouver la pathogénie de la paranoïa légitime dans de telles variations cyclothymiques, donc à faire de la paranoïa une manifestation particulière de la psychose maniaco-dépressive. Cette conception fut critiquée par Kraepelin, mais elle n'a jamais cessé de tenter certains auteurs (ANGLADE).

Etudions les troubles de l'humeur dans les différents tableaux des psychoses paranoïaques :

A - Dans les délires de revendication

La définition a été énoncée par Sérieux et Capgras en 1909 : "c'est une psychose systématisée chronique, caractérisée par la prédominance exclusive d'une idée fixe qui s'impose à l'esprit de façon obsédante, qui oriente l'activité toute entière dans un sens manifestement pathologique et qui l'exalte en raison même des obstacles rencontrés".

Or, cette revendication s'exprime avec le maximum de force chez les personnalités cyclothymes ou paranoïaques. Lors ces accès maniaques, les idées de revendication sont loins d'être rares, prenant parfois une allure délirante, et de premier plan. Mais dans ce cas, l'idée force n'est que secondaire à l'exaltation psycho-motrice. Elle naît, est entrainée et meurt avec elle. "La volonté de puissance chez ces maniaques qui se projettent dans la réalité avec

une attitude de conquérant peut prendre un caractère revendicateur et paranoïaque" ; "mais l'humeur du maniaque est versatile, il n'y a pas de systématisation du délire" ; "la disparition des idées délirantes sous l'influence de la disparition des troubles de l'humeur sont aussi bien observées dans la manie que dans la mélancolie". DELAY.

Ainsi, lors de la paranoïa, c'est l'idée fixe qui est première, emmenant dans sa suite une série de troubles psychiques tels que l'exaltation ou l'euphorie paradoxales. Dans ce sens, l'on peut comprendre que ces entités aient pu être confondues et qu'un état passionnel commun ait pu être envisagé (Specht, Borel, Anglade). En réalité les antécédents, l'hérédité, l'évolution clinique différents séparent ces deux états. Seuls les délires de revendication, greffés sur un fond de personnalité paranoïaque seront retenus. Du point de vue psychogénétique, il est fréquent de constater des deuils, des échecs, des préjudices de toutes sortes dans les antécédents des malades, souvent isolés, sans but. Les objets, les biens dont ils sont propriétaires (ruraux souvent) sont très investis narcissiquement. L'objet étant perdu, il se produit une blessure narcissique indélébile avec pour corollaire un état dépressif qui fera progressivement place à la psychose et à la revendication pour en être soulagé.

Il est classique de distinguer dans ces délires de revendication quatre formes cliniques : les quérulents processifs ; les inventeurs ; les idéalistes passionnés ; les hypocondriaques revendicateurs.

Les quérulents processifs sont d'éternels plaideurs, souvent dangereux, qui persécutent leur entourage. Progressivement, ils se méfient de tout le monde, d'où un isolement progressif avec passage à l'acte hétéro ou autoagressif dans les phases dépressives que ces sujets traversent. A ce titre, on peut noter que l'état dépressif n'est pas un état psychique permanent, mais un accident dans une

biographie originale et plus ou moins mouvementée. Il y a épuisement du sujet, substitution de la tristesse à la sérénité, du désespoir à l'espoir ; le sujet se vit enfermé dans une situation qu'il ne peut pas ou ne pourra pas dénouér seul lui-même. Le délire est conçu comme un mécanisme de défense résultant et s'opposant à une situation conflictuelle issue de la "perte d'objet". Le délire est un refuge. L'interrompre ou l'annihiler revient à faire réapparaitre l'angoisse, car le Moi se retrouverait sans défense, sans fuite possible devant le conflit. De cette angoisse peut alors naitre la dépression. On sait d'ailleurs que fréquemment un état dépressif s'installe au début ou à la cicatrisation d'une psychose. La symptômatologie de ces états dépressifs post-délirants est assez univoque : intensité peu profonde de la dépression, apathie, désintérêt ou indifférence affective, troubles du sommeil. Le Geste suicidaire, ici, a une valeur de réaction agressive quand le suicide prend la valeur d'une provocation, d'une vengeance, ou d'un châtiment dirigé contre autrui au travers de sa propre personne. Les érotomanes à la phase de dépit, les jaloux, les délirants réformateurs sociaux en arrivent à cette extrêmité par le mécanisme proprement paranoïaque de l'auto-punition qui sous-tend l'agressivité (Lacan). Le mécanisme de suicide est donc différent de celui de la Mélancolie, mais également de celui de la psychose hallucinatoire chronique où il constitue un mécanisme de défense au terme d'une série de fuites parfois éperdues pour échapper aux persécutions.

L'hypocondriaque paranoïaque revendicateur se plaint toujours de quelqu'un. Agressif, tyrannique, méfiant, excentrique, il est bien essentiellement revendicateur. Delmas en 1931 a souligné le "caractère paranoïaque" de beaucoup de malades hypocondriaques. Il s'agit le plus souvent d'une hypocondrie viscéro-abdominale ; troubles digestifs, cénesthopathies gastro-intestinales, défécation occupent le premier plan ou le centre du tableau clinique.

Souvent aussi, l'hypocondrie se fixe sur l'appareil génito-urinaire et se projette sur les fonctions sexuelles et la miction. Elle se cristallise souvent autour d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme. Le revendicateur, se sentant bafoué, incompris, "empoisonné" devient agressif, menaçant et parfois meurtrier. La mort du médecin "assassin", seule en portant le délire à son comble, à son acmé parvient à détendre pour quelques temps cette inextinguible soif de vengeance et de punition que représente l'hypocondrie paranoïaque.

A la différence de l'hypocondriaque anxieux ou dépressif, inquiet, perplexe, aboulique, asthénique, le revendicateur hypocondriaque passe à l'acte et parfois tue le persécuteur.

B - Les délires de Persécution ou d'interprétation ; hypocondrie et mégalomanie

Décrits par Sérieux et Capgras, ils rappellent le plus la paranoïa au sens de Kraepelin. Leur mécanisme de base est l'interprétation "inférence d'un principe exact à un principe erroné" Dromard.

Sérieux et Capgras parlaient de "Raisonnements faux, ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel, en vertu d'associations d'idées liées aux tendances, à l'affectivité, prend à l'aide d'inductions et de déductions erronées, une signification personnelle pour le malade, invinciblement poussé à tout rapporter à lui". Ici, il n'existe pas de troubles de la perception, mais plutôt des troubles de l'intégration ou de la charge affective inhérente à l'évènement. L'univers morbide de l'interprétation est un univers normal, mais modifié et falsifié en une valeur singulière, chargée de significations personnelles. Mais l'univers morbide de l'interprétateur est hostile : il tisse autour de lui un réseau persécutif, dans

lequel le fait ou le geste anodin est lourd de significations menaçantes. Il n'y a pas d'idée force dictant au malade sa conduite, mais un ensemble, une constellation d'interprétations charpentant de manière solide la fondation psychotique qui sera toujours d'ordre persécutif.

Certaines variétés cliniques peuvent se rencontrer : une forme hypochondriaque
une forme mégalomaniaque.

1) Les délires hypocondriaques systématisés :

Les malades se plaignent d'être empoisonnés, modifiés dans leur organisme ; ils décrivent avec abondance leurs impressions (sur les trois registres de la projection : interprétation, illusion, hallucination), les troubles qu'ils éprouvent, le travail pernicieux auquel se livrent les ennemis. L'interprétation est ici endogène.

Ce délire est différent des formes hypocondriaques de la mélancolie et des psychoses maniaco-dépressives : la crise de mélancolie à forme délirante et anxieuse se présente cliniquement avec une très grande fréquence comme un délire hypocondriaque : il y a une transformation catastrophique du corps, de ses fonctions, de ses organes. Le thème mélancolique hypocondriaque atteint souvent les confins du délire de négation : les malades se plaignent d'être pourris, contagieux, infectés... à cette hypocondrie physique, la mélancolique joint une hypocondrie psychique ou morale : il n'a plus de pensées, a la tête vide, a perdu les attributs même de l'humanité.

Mais en dehors de la crise mélancolique proprement dite, on observe fréquemment des formes hupocondriaques sur fond dépressif ou cyclothymique constitutionnel ; mais aussi des délires systématisés secondaires à la mélancolie, qui manifestent la parenté profonde du thème de persécution dans

la paranoïa et du thème de dépréciation, d'indignité, de culpabilité de la mélancolie. La paranoïa est constituée par un système où se projette l'angoisse. Les thèmes de persécution d'influence d'hypocondrie situent au centre de la paranoïa une angoisse qui se développe en images inquiétantes. Le paranoïaque arrache l'anxiété des profondeurs de son être et la dispose autour de lui. Ainsi, rien d'étonnant à ce que les cliniciens aient toujours notés les relations du délire de persécution, de l'auto-accusation et de la peur.

En fait le comportement général de l'hypocondriaque est essentiellement sado-masochiste ; la persécutinn est près, à ce point de vue, de l'hypocondrie et quand celle-ci n'est pas simplement une forme de délire mélancolique, elle s'identifie presque nécessairement au thème persécutif. Aussi, les réactions qui en découlent sont caractéristiques à la fois de l'auto-punition et de l'agressivité. Le narcissisme fournit le fond affectif de ces sujets qui en constituant le corps comme une forme de réalité privilégiée le rend particulièrement vulnérable et sensible. La projection des tendances sado-masochistes, par le mécanisme de l'érotisation de l'angoisse et celui de l'auto-punition, s'applique à l'objet du corps qui devient le siège d'un mal qui satisfait à la fois le désir de châtiment et d'échec, le refoulement et la dévidation de pulsions dont ileest l'instrument. La régression vers un stade prégénital sadique oral encore plus primitif, en dirigeant les sources mêmes de l'instinct contre son réceptacle identifié à l'objet aimé ou haï, expose ses organes aux tendances agressives.

Pour Hesnard, la structure du comportement hypocondriaque est une conduite de culpabilité ; il y a en quelque sorte une somatisation de la culpabilité. Pour la théorie organo-dynamiste de H. Ey, ce que libère l'hypocondrie, c'est le complexe hypocondriaque immanent à la nature humaine, l'angoisse de la mort. Mais ce qui caractérise

l'hypocondrie, c'est que le "thème" est chez ces malades une forme d'existence qui constitue soit une arriération affective, soit une régression vers des modes primitifs de la pensée affective. Donc les symptômes qui constituent les tableaux cliniques de l'hypocondrie dépendent du niveau structural auquel elle est intégrée.

2) La forme Mégalomaniaque des délires de persécution dans laquelle c'est une conjuration ou certaines puissances qui organisent la persécution.

Analysons plus avant la mégalomanie. Les conceptions mégalomaniaques constituent l'un des aspects fondamentaux des délires. L'idée de grandeur est presque aussi fréquente que l'idée de persécution. Aux sentiments d'avidité dont dépendent les désirs de puissance, de conquête, de jouissance expansive, les sentiments d'orgueil et de domination, s'opposent les sentiments d'humilité, d'effacement qui peuvent aller jusqu'au sacrifice. A ces deux pôles de la vie affective sur le plan moral, correspondent deux systèmes pulsionnels plus profonds appelés "libido" et "destrudo" instincts de puissance ou de culpabilité. Ainsi, le couple sado-masochiste des pulsions libidinales primaires de la phase prégénitale constitue deux foyers, l'un d'expansion agressive du Moi, l'autre de retournement agressif contre soi qui révèle cette profonde dualité structurale de l'être, les termes antinomiques du conflit intime de notre existence. A cette dualité foncière de nos aspirations, correspond le binôme fondamental : auto-accusation - mégalomanie. Au fond de tout délire, c'est une des deux racines que l'on découvre.

Les thèmes de persécution assurent une fonction de compromis entre des deux tendances, d'où leur grande fréquence. Ils impliquent à la fois l'auto-accusation dont la

persécution n'est qu'une forme retournée du dehors contre soi et la mégalomanie dont la persécution n'est que l'envers.

Certaines conditions de l'équilibre thymique en disparaissant favorisent l'expression des pulsions mégalomaniaques. Ainsi dans les états d'exaltation maniaque la clinique nous offre fréquemment chez ces malades le tableau d'une magalomanie volatile et sautillante comme la fuite des idées elle-même (L. Binswanger). Mais si les sentiments euphoriques, l'état d'émotion provoquent l'idéation mégalomaniaque, par un étrange paradoxe la mélancolie peut donner à son délire et spécialement à celui de négation une véritable dimension mégalomaniaque : c'est le délire d'énormité.

Dans les états maniaques, les termes de fantastique, énorme, formidable, reviennent très souvent dans le langage, les malades bâtissent souvent des constructions mégalomaniaques de leur propre personnage ou de leur situation ; très souvent le thème d'inspiration surnaturelle ou dividine existe. Mais à ce degré, le délire magalomaniaque ne constitue qu'une sorte d'exubérance, d'enthousiasme, de désir d'activité. Mais lorsque la maladie passe au stade de l'hypomanie, on sait que la surestimatinn des valeurs du "moi" peut conduire à des délires de revendication, d'invention, d'idéalisme passionné.

Dans les états mélancoliques, le plus caractéristique de leur structure mégalomaniaque est dans le délire de négation, la négativation même du thème de l'anxiété dans celui de la durée éternelle de l'être.

Dans les délires chroniques à évolution systématisée, il peut y avoir transformation du monde du persécuté en monde mégalomaniaque (travaux de Lasègue, Magnan, Kraepelin) et l'on voit que la mégalomanie était impliquée dans la persécution initiale.

"Si je suis persécuté, c'est donc que je suis un grand personnage" Faville.

Il est impossible d'envisager le thème de persécution autrement que comme un des termes du binôme fondamental persécution - grandeur ou culpabilité-avidité, ou masochisme-sadisme. Ainsi, les thèmes délirants s'ordonnent relativement au besoin fondamental des rapports vécus du moi et du monde. A la rétraction du Moi correspondent les thèmes du cataclysme et d'anéantissement cosmique, le thème hypocondriaque, les thème d'influence et de dépersonnalisation et le mouvement même qui les engendre : la culpabilité. A l'expansion du Moi, correspondent les thèmes de toute puissance universelle, de prodigieuses forces corporelles, d'inspiration divine qui constituent les thèmes mégalomaniaques, les idées de grandeur.

Ainsi, le thème de persécution est privilégié puisqu'il satisfait à la fois les tendances expansives mégalomaniaques et les tendances dépressives auto-accusatrices. Il enveloppe à la fois le délire de culpabilité et le désir de punition d'une part et le désir de grandeur et le désir de triomphe d'autre part. Tantôt il se fixera dans un système de plus en plus agressif et même auto-agressif ; tantôt il évoluera vers la satisfaction de la composante mégalomaniaque.

Revenons au délire de persécution paranoïaque avec interprétation délirante. Ici, les interprétations délirantes y sont comme une dénaturation, un travestissement, une amplification de faits réels. "Le délire s'appuie à peu près exclusivement sur les données exactes des sens et de la sensibilité interne". Tout est interprété et interprétable pour former un monde uniquement signifiant, libéré de la contingence et du hasard. Sérieux et Capgras distinguent quatre phases : une période d'incubation, une de systématisation, le délire rétrospectif, enfin l'extension progressive du délire sans qu'il y ait jamais aucun affaiblissement intellectuel. Le sujet apprécie exactement les faits qu'il ne met pas en relation avec ses préoccupatinns morbides. Le sujet est réticent et dissimule son délire. Mais si les

troubles sont ressentis comme intérieurs, l'hostilité elle est toujours extérieure, proche ou lointaine. Le persécuté transforme l'ambiance dans laquelle il évolue : il lui prête une signification hostile, mais ne s'y abandonne pas passivement. Progressivement il prendra une attitude protestative ou réquisitoriale d'où la fréquence des actes médico-légaux chez ces persécutés-persécuteurs (Lasègue).

On constate que les accusations infamantes sont fréquemment d'ordre sexuel, alors que le paranoïaque se complaît dans un idéal de pureté et de droiture. Il y a une discordance entre les propos accusateurs parfois obscènes et le comportement rigide et pudique du délirant. Chez les femmes, Clérambault parlait "d'utérocentrisme" ; chez les hommes, ce sont les accusations d'homosexualité qui sont au premier plan. Ceci permet de comprendre deux choses. D'une part le mécanisme de projection qui est à la base de ces délires ; dans le cas de la persécution, il y a extrajection d'éventuelles auto-accusations ou de fantasmes vécus de façon insupportable par l'interprétateur ; le sens auto-punitif de la paranoïa apparait, ayant la valeur d'un châtiment inconsciemment désiré (Lacan). D'autre part, au tout début de la formation du délire, la culpabilité est intense, elle explique en partie la fréquence des états dépressifs prépsychotiques. Seule la projection pourra rétablir un équilibre précaire, la dépression disparaîtra alors avec elle. On comprend ainsi le schéma évolutif du délire tel que Hesnard l'a défini : culpabilité intérieure résultant d'une infamie sexuelle, homosexuelle surtout (Freud), puis hostilité et accusations extérieures disculpabilisatrices, enfin attitude défensive et réquisitoriale : plaintes, scandales, coups et blessures, meurtres.

L'évolution de ce délire est fonction du terrain sur lequel il a pris naissance ; ainsi, quand l'idée délirante germe sur une personnalité extraversive, agressive, sthénique, le pronostic est défavorable ; par contre, quand elle germe sur une personnalité introversive, craintive, anxieuse, elle est d'un pronostic meilleur.

C - Les délires passionnels

On étudiera dans ce chapitre plus spécialement le délire de jalousie et l'érotomanie. Le délire passionnel pose à l'égard des passions normales un difficile problème de diagnostic. Certes, depuis longtemps on considère que la passion est proche de la folie, mais les états passionnels délirants ont été soumis à de longues analyses quant à la participation des troubles de l'humeur et de la paranoïa dans leur constitution. Nous insisterons sur ce point après avoir défini les caractères cliniques des états passionnels délirants :

1) Ils se produisent sur un fond de déséquilibre caractériel

) Ils s'accompagnent d'un cortège de troubles (troubles thymiques, expériences hallucinatoires, dépersonnalisation, phases d'exacerbation, impulsivité, réalisant des "moments féconds") qui témoignent d'un bouleversement de la vie psychique.

3) Ils sont pathologiques et délirants parce que la passion, même si elle est insérée dans une situation réelle, a une structure essentiellement imaginaire.

4) La force même des complexes inconscients qui animent le délire lui imprime généralement une évolution si typique (spécialement pour l'érotomanie) qu'il est possible d'en prévoir le cours.

5) Les délires passionnels procèdent dans leur structure même de la rigidité systématique de la passion qui en constitue l'axe. Ce sont des blocs idéo-affectifs inébranlables, imperméables à l'expérience et rebelles à toute évidence.

La passion, par son étymologie même, est un état affectif. Ce sens marque tout ce qu'elle a d'indéterminé. Les philosophes ont longtemps donné son nom aux formes ordinaires du sentiment et de l'émotion. Bossuet a fait

un "mouvement de l'âme touchée par un plaisir". En la recueillant dans leur part d'héritage de la philosophie, les psychologues s'en tiennent d'abord à son vieux sens général : ils l'assimilent à l'émotion et l'oublient peu à peu. Dans son livre sur la "Psychologie des sentiments", Ribot la définit en termes d'intensité : besoin déréglé, penchant poussé à l'extrême, inclinaison vive, désir violent et durable... Sully fait de la passion une forme violente de l'émotion. Mais pour Paulhan, elle représente les tendances prédominantes du caractère.

Il y a donc ambiguïté des définitions et même dans le dictionnaire, la passion est tour-à-tour une souffrance, un tourment, un mouvement, une agitation que l'âme éprouve dans l'amour comme dans la haine, un désir très vif ressenti pour une chose... Il est vrai que la passion est fait d'éléments affectifs communs, elle renferme le désir, le sentiment, l'émotion. Et ce qui différenciera, difficilement d'ailleurs, la passion normale du délire passionnel, c'est que : dans le cas de la passion existe une émotion tenace ou même une colère irréductible mais ses motivations ne sont ni déréelles, ni irrationnelles ; dans le cas du délire, existe une idée force prévalente, acceptée par certaines personnalités pathologiques comme postulat, mais en fait déraisonnée, dictant à celles-ci un comportement particulier, toujours pathologique, et différent suivant que l'objet est possédé ou non. En effet, deux formes de délire sont possibles :

- un délire "bipolaire" : c'est "l'illusion délirante d'être aimé" (Esquirol), qui en est le postulat fondamental, le délirant croyant être aimé de l'Objet dont il serait le propriétaire affectif : c'est le délire érotomaniaque.

- un délire "tripolaire" : c'est "l'illusion délirante d'être trompé" qui en est le postulat fondamental. Ainsi, le délirant transforme-t-il la relation amoureuse du couple, jusque là bipolaire, en une situation triangulaire : c'est le délire de jalousie.

Ces délires ne peuvent éclore que chez certaines personnalités pathologiques, chez lesquelles la psycho-rigidité et l'orgueil démesurés permettent à l'idée prévalente, renforcée par toute une constellation d'arguments (interprétations secondaires), de former unesstructure délirante systématisée et cohérente.

Ainsi la passion, par ses éléments constitutifs mêmes, a servi de base à de nombreux auteurs pour rapprocher la pathologie de l'humeur et l s délires, en particulier les délires paranoïaques.

Pinel : "Les passions sont les symptômes les plus essentiels de la folie... les passions des fous sont impétueuses surtout dans la manie et la mélancolie."

L'anglais Bucknill "La manie repose essentiellement sur l'exaltation passionnelle ; elle est avant tout un trouble affectif, un désordre de la sensibilité morale, de l'émotion".

Dagonet retrouve les passions violentes, amour, haine, colère, vengeance, jalousie, fanatisme dans la symptomatologie de la manie où il les voit évoluer avec rapidité.

Scüle note que toutes les passions se succèdent en quelques minutes dans la manie. Il signale le cas où un sentiment passionnel se trouve au fond de l'état maniaque, un souvenir pénible, un chagrin ancien.

Pottier dans sa thèse de 1886 développe la même idée, estime que le même caractère se retrouve chez les deux sortes de malades et signale même l'hypomanie du persécuteur.

Magnan admet que "dans certains cas, les accès de folie intermittente sont constitués par de véritables délires systématisés (ambitieux, mystiques, persécution)". Cullère, dans son traité de 1890, donne une série de portraits pris sur le vif du jaloux, du mystique, du processif, du fanatique, de l'érotomane qu'il distingue des délirants chroniques. Il met en relief l'hypertonie, l'émotivité de ces sujets et leur psychologie : l'amoralité, la mauvaise foi,

la fausseté du jugement. Anglade en 1899 indique : "qu'une phase maniaque de la folie circulaire peut être exclusivement représentéé par des idées délirantes systématisée de persécution". Et dix ans plus tard, Dubourdieu s'attache à montrer que de nombreuses variétés de persécution diffèrent du délire chronique : les unes apparaissent au cours d'accès de psychose périodique, d'autres alternent avec des accès de manie ou de mélancolie.

Specht en Allemagne développe l'opinion la plus explicite : "on trouve toutes les formes de passage ; le même malade peut être tantôt plus maniaque, tantôt plus paranoïaque. Mais si les idées délirantes n'expliquent pas la manie, la manie explique à la fois les réactions et le délire". La modification morbide de l'affectivité est la condition nécessaire du délire paranoïaque. Le facteur maniaque, élevant le sentiment du moi, donne l'impulsion aux idées délirantes. Le facteur mélancolique leur fournit la forme, hostilité, méfiance, jalousie...

Bessière dans sa thèse de 1913 : "il y a des maniaques et des mélancoliques qui ajoutent à leur accès un délire interprétatif de persécution. Ce fait s'explique parce que ces sujets sont des paranoïaques, dont le nouvel état émotif libère les tendances.

De Clérambault insiste sur l'intensité affective et la puissance émotionnelle qui remplissent le psychisme de certains malades parfaitement raisonnants et lucides. "Il faut admettre l'existence de psychoses purement affectives, sentimentales et non idéiques. L'émotion fait la cause et le symptôme, elle devient la passion. Nous appellerons délires passionnels tous les délires qui ont pour base une émotion prolongée, à forme de désir ou de colère, quelque soit le thème et l'occasion. Toute conviction émue peut servir de noyau à un délire passionnel. Il y a ainsi les délires passionnels autonomes et purs, ceux qui méritent particulièrement leur nom et qui sont les délires de revendicattion,

de jalousie, d'érotomanie, avec un thème circonscrit et ayant pour base l'émotivité du sujet. D'autre part, ces délires passionnels appartiennent encore à des psychoses déterminées où ils sont secondaires, prodromiques ou surajoutées".

Delmas reconnait que les épisodes paranoïaques secondaires et associés sont fréquents au cours des états maniaco-dépressifs surtout dans les formes frustres et rémittentes.

Borel : "La passion, dans son essence, n'est pas autre chose que l'exaltation d'un dispositif caractériel prévalent, sous l'influence d'une variation pathologique de l'humeur, les effets de l'humeur sur le caractère, discrets chez les normaux, plus visibles chez les sub-normaux, s'affirment en pathologie avec une puissance multipliée. C'est la dystrophie caractériell qui fait l'irrégularité de l'aspect clinique des troubles de l'humeur. La passion est une forme dissidente de la psychose maniaco-dépressive. Le sentiment, perturbé par l'hypertonie, grandit en proportions extrêmes et remplit bientôt toute la conscience qui n'est plus faite que de lui. La jalousie devient passion jalouse, le désir amoureux devient érotomanie. L'idée directrice ne compte que dans l'organisation du thème passionnel et non dans le processus qui le suscite. Sa stabilité dépend de la stabilité du nouvel état d'humeur ; exemple : l'hypomanie entraine pendant quelques mois une haine quérulente, puis la dépression fait naître une jalousie morbide. Donc l'idée ne dirige pas le processus passionnel, c'est le tonus qui la gouverne elle-même". Ainsi, pour Borel, la paranoïa est un caractère dystrophique qui fournit à la passion son point d'appui ; "s'il peut paraître paradoxal d'assimiler la passion faite d'une conviction sérieuse, profonde et rigide, monodéique, exclusive et concentrée, à la manie : insincère et fantaisiste, aux idées si changeantes, multiples et superficielles, aux perceptions si dispersées ; en réalité, tous les intermédiaires ménent de l'une à l'autre. Par exemple, les délires fixes, organisés, à croyance irréductible, au cours de manies indiscutables, dont

chaque accès ramène le retour stéréotypé. On connait aussi la phase d'hypomanie initiale ou plus souvent terminale des grands accès, où une attitude dogmatique contraste avec le désordre intellectuel de la période centrale. De la manie à la passion, du syndrome franc de l'un à celui de l'autre, s'étend un espace que remplissent des formes mitoyennes approximativement plus maniaques ou plus passionnelles. Il y a des états maniaques volontiers polymorphes où de brèves poussées passionnelles surgissent, jalousie, quérulence... au milieu de l'euphorie, des idées ambitieuses, des excentricités, le fond dysthymique reste toujours évident". Ainsi, pour Borel, l'hypomanie ou la dépression d'ailleurs peuvent susciter des formes passionnelles. Pour Borel, la personnalité détermine la forme du trouble mental ; elle n'en fait pas la cause.

1) Le délire de jalousie

La jalousie est une conscience douloureuse de frustration. Cette souffrance est indépendante et du fait, et de la nature du "bien" ravi, c'est-à-dire selon Mairet que la jalousie est le chagrin "d'une frustration dont le jaloux a peur" que cette frustration soit réelle ou non. La jalousie est le sentiment d'être frustré d'un bien qui se retire de nous pour aller vers autrui. Dès que l'amour est vécu, non comme un don, mais comme un "droit de propriété", la situation affective contient en puissance la situation "triangulaire" de rivalité. Il y a dans la jalousie un mélange de haine et d'amour, un mélange de conviction et de doute. Haine intense du rival d'abord et puis de l'objet. Ainsi, la jalousie apparait comme l'expression d'un double courant affectif qui lie le jaloux à son objet : courant d'attraction et courant de répulsion : "organisme bipolaire" (Lagache). Cette ambivalence sentimentale, Freud en a démontré le mécanisme : il y a "projection" par le jaloux de ses propres sentiments d'hostilité et d'infidélité à l'égard de l'objet, sur l'objet : je ne le trompe pas, il me trompe.

D'autre part, le jaloux souffre dans son honneur, il se sent bafoué. Il y a donc un sentiment d'infériorité qui fera place à de l'agressivité puis à la haine avec par-

D'autre part, le jaloux souffre dans son honneur, il se sent bafoué. Il y a donc un sentiment d'infériorité qui fera place à de l'agressivité puis à la haine avec parfois passage à l'acte sur l'Objet ou le rival.

Dans la jalousie "normale", l'objet a été effectivement perdu, la souffrance et le dépit qui en résultent peuvent être compris par l'entourage. Mais dans la jalousie pathologique, en particulier délirante, la perte de l'objet est incertaine, douteuse ; la trahison amoureuse est virtuelle. C'est du fantasme ou du doute et non de la réalité qu'est née la jalousie et avec elle la conviction délirante.

Au délire systématisé de jalousie qui semble évoluer sur une structure de personnalité paranoïaque, il convient d'opposer l'hyperesthésie jalouse de Mairet.

Dans l'hyperesthésie jalouse de Mairet, il s'agit de personnalités hyperémotives, anxieuses, éprouvant un sentiment de détresse, de crainte. Elles ont peur de la vie, peur de ne pas savoir retenir l'objet aimé. En somme, il y a ici présence d'un complexe d'infériorité. C'est un type fréquent de jalousie morbide féminine. Il semble, dit Lagache, que la notion "d'arrêt du développement" est plus adéquate que celle de développement de la personnalité. Une vie psychique tumultueuse, des traits hystériques, mythomaniaques, hyperémotifs, cyclothymiques... des conflits sexuels importants, une labilité extrême du comportement constituent les traits essentiels de cette arriération affective. Or, chez les sujets de type cyclothymique, les dispositions à la jalousie ne sont pas rares, empruntant au pôle mélancolique la faiblesse et l'anxiété et au pôle maniaque la passion sthénique. Dans le délire systématisé de jalousie, il y a développement d'une personnalité antérieure comme l'ont montré Jaspers, Lagache et surtout Lacan, et finalement c'est le diagnostic de personnalité qu'il importera toujours de porter en sachant bien que celle-ci pourra encore évoluer ou se modifier, qu'elle n'est que le reflet d'une phase

actuelle de l'existence d'une personne dont le destin est de changer, car même sous sa forme purement paranoïaque, il existe un éréthisme émotionnel, des "moments féconds", des crises délirantes qui, si elles n'altèrent pas profondément la personnalité, impriment à sa trajectoire une modification vraisemblable.

D'après Lagache, qui reprend les critères de Jaspers, on peut caractériser les cas de jalousie "par développement de la personnalité" de la façon suivante :

1) Il s'agit d'individus dont les dispositions à la jalousie remontent à la jeunesse

2) Le tableau clinique apparait de façon compréhensible à l'occasion d'évènements susceptibles d'irriter la passion du sujet.

3) Tendance à des explosions nouvelles lors d'occasions appropriées.

Bombarda en 1899 puis Mairet ont très bien décrit les phases de ce délire : le début en est marqué par l'apparition de l'idée fixe de jalousie. Celle-ci naît du "doute", mais ce doute suppose et crée à la fois une perplexité fondamentale et une certitude approximative selon une ambivalence qui est maxima dans cette forme pathologique. Après avoir éprouvé une honte passagère, le jaloux délirant cherche à confirmer son doute mais sans chercher de preuves précises. Tout lui est bon pour confirmer son idée prévalente, les motifs les plus subtils, les moins démonstratifs. L'évolution de ce délire peut, selon Mairet, se faire avec la persistance de la seule idée délirante de jalousie, mais parfois s'ajoutant des idées de persécution et le jaloux se comporte alors comme un persécuté-persécuteur.

Nous voyons donc que si la conviction délirante survient de façon brutale, il y a eu précession pendant de nombreuses années d'une phase de perplexité ou de doute pré-

psychotique. Puis l'idée prévalente éclate brutalement. Ce laps de temps précédant l'apparition du délire est important dans la mesure ou il permettrait de le différencier de l'hypomanie avec son cortège de symptômes (conscience de soi jamais défaillante, irritabilité, tendance à la colère et à l'optimisme, dispositions qui à la moindre occasion se renversent en leur contraire, activité incessante, joie d'entreprendre...) que l'on peut retrouver dans ces délires de jalousie.

La psychanalyse a montré que moins que de l'amour, c'est un délire de possession, de recherche du partenaire. L'objet perdu, c'est aussi l'honneur et l'amour-propre qui se trouvent bafoués. Moins que de l'amour, c'est un délire de haine du rival supposé, ce dernier étant le plus souvent possesseur d'une virilité séductrice que le paranoïaque est incapable d'assumer. Le rival est séduisant, non pas seulement pour sa femme, mais surtout pour le paranoïaque. Ainsi Freud dans "le Président Schreber" a bien démontré que la cause occasionnelle de la maladie de Schreber fut une poussée de libido homosexuelle et que l'objet sur lequel celle-ci se portait était sans doute le médecin Flechsig, et la lutte contre cette pulsion libidinale produisit le conflit générateur de troubles morbides. Ainsi Freud montra que cette phrase : "Je l'aime" (lui, un homme), est contredite par trois formules possibles :

- le délire de persécution : "je ne l'aime pas, je le hais", mais la haine est aussi interdite, donc "ce n'est pas moi qui le hais, c'est lui qui me persécute" et en le haïssant, je suis en état de légitime défense.

- l'érotomanie : "ce n'est pas lui que j'aime, c'est elle que j'aime" et grâce à la projection "d'ailleurs, je m'en aperçois, elle m'aime".

- le délire de jalousie : "ce n'est pas moi qui aime l'homme, c'est elle qui l'aime".

Ainsi, le délire de jalousie contredit le sujet, le délire de persécution, le verbe, l'érotomanie, l'objet. Mais Freud envisage une quatrième manière de repousser cette proposition, c'est de rejeter entièrement celle-ci : "je n'aime pas du tout, je n'aime personne, je n'aime que moi". Ce genre de contradiction donnerait le délire de grandeur, surestimation sexuelle du moi. Il est intéressant de noter que Freud note, qu'assez souvent, et notamment dans le cas du Président Schreber, on voit surgir au stade aigu de la paranoïa, des idées de catastrophe universelle. Pour Freud, le malade a retiré aux personnes de son entourage et au monde extérieur en général, tout l'investissement libidinal orienté vers eux jusque là ; aussi tout lui est-il devenu indifférent et comme sans relation avec lui-même. Cela rappelle la mélancolie, mais le paranoïaque rebâtit l'univers, tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant. "Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en r alité une tentation de guérison, une reconstruction".

Mais le détachement de la libido ne saurait être en lui-même le facteur pathogène de la paranoïa. Freud précise les modalités différentielles entre paranoïa et d'autres maladies : "Ainsi quel est le remploi de la libido détachée de l'objet et devenue libre ? Un être normal cherchera aussitôt un substitut à l'attachement qu'il a perdu ; jusqu'à ce qu'il ait réussi à en trouver un, la libido libre restera flottante dans le psychisme, où elle produira des états de tension et influera sur l'humeur. Mais dans la paranoïa et dans la plupart des cas de paranoïa, il y a un élément de délire des grandeurs et le délire des grandeurs peut, à lui seul, constituer une paranoïa. Dans cette paranoïa, la libido libérée se fixe sur le moi et amplifie le moi. Ainsi, il y a retour au narcissisme : les paranoïaques possèdent une fixation au stade du narcissisme".

Or, le narcissisme, c'est-à-dire la capacité de s'aimer et de s'estimer, est toujours dépendant de l'envi-

ronnement. Cela expliquerait la fréquence des états dépressifs pré-psychotiques lorsque l'environnement est atteint par des circonstances diverses ; nous savons que la culpabilité de l'état dépressif est liée à une angoisse de type persécutoire ; toute perte d'objet est ressentie comme : "c'est ma faute, c'est mes pulsions agressives" ; les mécanismes de projection permettent ainsi d'échapper à la dépression.

2) **L'érotomanie**

Le postulat de base est l'illusion délirante d'k d'être aimé. Le malade poursuit d'un amour maladif, souvent, mais non obligatoirement platonique, une personne voire un être imaginaire. Pour Esquirol : "les érotomanes vouent à l'objet de leur amour un culte pur. Ils sont en extase. Ils sont nuit et jour poursuivis par les mêmes idées, par les mêmes affections : la crainte, l'espoir, la jalousie, la joie, la fureur".

A la conception de Sérieux et Capgras qui rattachent l'érotomanie au délire d'interprétation, De Clérambault pense que le délire érotomaniaque serait un syndrome passionnel morbide, et non un délire interprétatif ; pour Clérambault les syndromes passionnels ont pour caractères : extension polarisée, hypersthénie, parfois hypomanie, concept directeur unique, conceptions complètes d'emblée, allure revendicatrice commune, etc... ainsi il décrit les érotomaniaques "comme possédant un désir avide de communication amoureuse nullement platonique et soutenu par un hypertonus agissant. Un immense espoir proclamé par son orgueil non moins vaste ; une impatience, une constance que rien ne rebute ; à la longue, la colère, le dépit, la rancune, la haine, la vengeance. Tout cela représente une hyperémotivité qui marque son emprise sur le psychisme et le soumet à ses fins, c'est en un mot l'expression même de la passion". Donc pour

Clérambault, il y aurait une disposition foncière du caractère et une disposition momentanée de l'humeur. Ainsi pour Clérambault, les érotomanes ne sont pas des paranoïaques, (mais il ne range pas les revendicateurs parmi les paranoïaques).

Pour Borel, l'exaltation des sentiments et des émotions traduit toujours l'hyperdynamisme de l'humeur, autrement dit l'intervention discrète de la manie ; pour lui, la passion amoureuse normale ne serait au fond qu'un léger état hypomaniaque. Pour Borel encore, l'érotomanie exige moins de paranoïa et plus de manie que les autres délires passionnels ; elle renferme le postulat de l'illusion : l'exaltation érotique, sentimentale, imaginative, soutenue par l'hypertonie morbide et encadrée par l'exprit systématique, développe cette illusion qui est naturelle à l'amour. L'aspect délirant plus extérieur, n'est que l'autre face de l'aspect affectif.

Mais Freud a montré que la formule de l'érotomanie n'est pas celle affirmée par le sujet (il m'aime, je l'aime), mais plutôt celle qui le porte inconsciemment à s'acharner contre l'objet d'amour (je ne l'aime pas, je le hais). L'objet d'amour est souvent de rang élevé. Certains y voient une surcompensation d'une situation familiale ou sociale modeste et perturbée. Moins que l'amour, c'est donc l'orgueil qui tient la première place et l'on retrouve là encore un trait du caractère paranoïaque. L'idée prévalente ayant éclaté dans cet esprit paranoïaque, la personnalité s'enflamme dans une recherche absolue de possession de l'objet. Ainsi nous voyons la succession traits de caractère (orgueil) ---) idée prévalente ---) délire. Contingente à cette idée prévalente et provoquée par elle, se manifeste tout un cortège de troubles thymiques avec apparition d'un état hypomaniaque. Mais cette exaltation thymique est idéogène et secondaire au délire. Si par traitement neuroleptique on réussit à interrompre le délire, on peut faire réapparaitre l'angoisse puis la dépression. Le système délirant s'élabore selon Clérambault sur la base d'intuitions, de démonstrations fausses, d'illusions sans hallucinations bien que selon H. Ey "les conversations avec l'objet ont souvent

un caractère hallucinatoire" ; elles sont prises dans un vaste syndrome d'influence et d'automatisme mental si bien que cette érotomanie ne se structure pas toujours sur le mode paranoïaque et puisse relever d'autres structures notamment paranoïdes. L'évolution se fait, en général, d'un seul tenant vers "le drame passionnel" selon certaines lois que Clérambault avait démontrées : phase d'espoir, phase de dépit, phase de haine. Mais si le traitement neuroleptique est mis en route à la phase d'espoir il y a possibilité de guérison du délire avec souvent apparition d'un état dépressif.

D - La paranoïa sensitive de Kretschmer

A l'opposé de Sérieux et Capgras, qui rapportent aux prédispositions constitutionnelles du malade la genèse du délire, l'école allemande s'attache à la détermination des facteurs réactionnels.

Bleuler trouve l'explication du délire dans les réactions du sujet à des situations vitales. Il étudie de manière minutieuse la vie du malade et trouve en effet que le malade est impliqué dans une situation vitale (sexuelle, professionnelle). Le sujet y réagit soit en récusant la réalité (délire de grandeur), soit en rapportant son échec à une malveillance de l'extérieur (délire de persécution). Le paranoïaque à la différence du "normal" perpétue cette réaction par le fait d'une stabilité spéciale de son affectivité.

L'affectivité se définit pour Bleuler, par des réactions psychiques (joie, peine), par des réactions somatiques (sécrétoires, cardiaques, respiratoires), par une action sur l'association des idées (inhibition). Les mécanismes vrais de l'affectivité comportent deux types de réaction dans la théorie de Bleuler : la réaction holothyme qui con-

siste en variations générales de l'humeur (exemple de la manie ou de la mélancolie) et la réaction catathyme liée à certains évènements à portée vitale. Bleuler étudie la suggestibilité en la considérant comme une certaine face des réactions générales de l'affectivité. "La tentative, dit Bleuler dans sa théorie de la paranoïa, de faire dériver le tableau de la paranoïa d'un état affectif basal de nature pathologique n'a jusqu'ici pas réussi. Spécialement, la méfiance qui en serait le fondement, ne se trouve pas dans toutes les formes de paranoïa. Une perturbation générale de l'humeur n'a pas été démontrée, des variations passagères de celles-ci ne sont seulement que des moments évolutifs qui se prêtent à son tableau certaines nuances".. Le fond de la doctrine conclut à la psychogénèse de la paranoïa. Celle-ci dépend avant tout d'une situation à laquelle le malade réagit par sa psychose et du conflit intérieur entre une infériorité ressentie et une exaltation réactionnelle du sentiment de soi, ce conflit naturellement exacerbé par les circonstances extérieures. Bleuler admet pourtant certaines prédispositions telles que : une affectivité à forte action de circuit (persévération) ; une stabilité des réactions affectives ; et une résistance proportionnelle des fonctions logiques.

En 1905, Friedmann forme un sous-groupe de la paranoïa de Kraepelin : la paranoïa bénigne. Dans ce cas, le délire apparait nettement comme une réaction à un évènement vécu déterminé et l'évolution est relativement favorable ; Friedmann indique trois traits de caractère propres à ces sujets : sensibilité, ténacité, exaltation.

En 1909, Gaupp donne le nom de "paranoïa abortive" à des délires de persécution qui, dans les meilleurs cas, peuvent guérir. Il donne la description d'un délire paranoïaque sur un terrain typiquement psynhasthénique ; d'autre part, il n'y a aucun état mélancolique, aucun délire d'autoaccusation ; au contraire, apparaissent des idées de persécution bien fondées, cohérentes, précises, contre des

objets déterminés ; mais le délire de relation ne s'étend pas à tout l'entourage. L'affection évolue avec de grandes oscillations et dans les moments calmes, le sujet peut montrer une certaine lucidité sur les idées de persécution antérieures. Fait important, la disposition dépressive scrupuleuse existait depuis toujours. Il existe donc une disposition caractérielle dans la conception de Gaupp qui se rapproche du caractère sensitif de Kretschmer (mais il manque l'orientation déthique accentuée de l'esprit, l'ambition, la timidité dans les rapports sociaux), par ses traits de psychasthénie et de scrupulosité.

Kretschmer, parmi les délires paranoïaques, isole "un groupe absolument caractérisé par ses causes, sa forme et son évolution". Dans les causes déterminantes du délire, Kretschmer distingue trois éléments : le caractère, l'élément vécu, le milieu (social).

Le caractère, dit Kretschmer, est un élément intrinsèque d'une personnalité donnée, celui de son aspect affectif et volitionnel. "En suivant le cheminement de l'expérience vécue sur le plan psychique du début jusqu'à la fin (avant la maladie) il est possible de classer scientifiquement toutes les particularités, c'est-à-dire toutes les possibilités réactionnelles d'un caractère donné".

Ainsi, Kretschmer dégage les notions d'impressionnabilité, d'activité intrapsychique, de capacité de rétention et d'expansion de l'individu et distingue des caractères sthéniques et asthéniques, aussi bien que des réactions sthéniques et asthéniques, selon le degré de la force psychique qu'ils révèlent. Ainsi pour juger de la qualité sthénique d'un caractère, il faut tenir compte de trois éléments :
- du point de tension maxima auquel un affect peut s'élever (ce qui est en relation étroite avec la notion de l'impressionnabilité)
- ensuite de la durée de l'affect (correspondant à la capa-

cité de rétention) et finalement du degré de l'extériorisation possible de l'affect (correspondant à la capacité d'expansion).
Les bases des dispositions caractérielles sous-tendent les habitudes caractérielles, pierres angulaires de la formation du caractère, défini par Kretschmer comme :

1) Les lois qui s'établissent dans le psychisme de l'individu, grâce à la réitération des formes réactionnelles conditionnées par ses dispositions

2) Les lignes directrices fondamentales de l'humeur et de la volnnté.

Ainsi, le caractère sensitif, dit Kretschmer, n'a rien d'un état inné et fixe, d'un état constitutionnel : c'est une disposition acquise au cours de l'évolution et où jouent le plus grand rôle certains traumas affectifs déterminants. Observons que les types de caractère ainsi définis (primitif, expansif, asthénique pur et sensitif) sont définis par des réactions psychiques totales aux évènements vécus, dans toute leur portée vitale et leur valeur significative.

Observation de Claudius C. né le 25 Décembre 1930
entré dans le service le 28.01.1974.

Cet homme de 43 ans, coursier à mi-temps dans une fabrique de bijouterie, est marié depuis huit ans avec une agent de service hospitalier dont il a eu deux enfants. Son père, milicien pendant la guerre, a été fusillé en 1943. Sa mère était très nerveuse, asthmatique, décédée en 1956. Ce malade a connu une jeunesse évidemment peu propice à un épanouissement normal de sa personnalité ; enfant, il "trainait" tout le temps en ville, et s'est installé très tôt dans une marginalité plus ou moins déviante, dont il n'est sorti qu'à 36 ans, à l'occasion d'un mariage qui lui a procuré la compagne qu'il souhaitait, mais aussi une structure

familiale d'emprunt qu'il désirait moins.

C'est peu après ce mariage que seraient apparus les premiers éléments d'une organisation paranoïaque de la personnalité, le malade atteignant la sur-puissance par de brèves mais rémunératrices insertions professionnelles et par un faisceau de relations "dangereuses" qui l'amenaient à fréquenter "gangsters, maquereaux, prêtres de religions occultes.." en participant à leur puissance. Mr C. nous décrit spontanément sa personnalité : "J'ai toujours peur comme si j'avais commis quelque chose de grave, peur de la police... et pourtant je n'ai rien fait de mal... lorsque j'étais à l'Ecole des Métiers, j'ai été accusé du vol d'un appareil photo et j'ai eu le mépris pendant longtemps et ce n'était pas moi... et des cas comme ça, j'en ai eu plusieurs... du fait que je n'ai pas de défense, il est facile de me mettre les choses sur le dos, je suis le bouc-émissaire.. c'est toujours le plus faible qui paye... je suis malheureux de ne pas avoir de situation, de famille... j'ai grandi dans la rue tout seul... je n'embête jamais les autres... je me retire toujours même à mon détriment..". Sa femme le décrit de manière ambivalente, soit comme un violent qui fait des scènes et des crises dans le ménage, soit comme un homme remarquablement brillant, réussissant tout ce qu'il entreprend. En fait, on est frappé, il est vrai, par l'inadéquation entre le niveau scolaire et les reconversions réussies, mais éphémères il est vrai, dans différents domaines : représentation, cablage électronique, intérêt pour la construction navale, diplôme de mécanicien, passionné d'art il créa une petite entreprise rentable dans les débuts ; il essaya également une affaire de brocante qui prospérait elle aussi ; travail en bijouterie, etc... En somme, autodidacte brillant dans plusieurs domaines mais ne menant jamais ses affaires à terme.

Récemment, en 1974, cette structure a traversé une phase dépressive qui s'est traduite par une invasion délirante sur le mode persécutoire. Ainsi, lors de l'entretien, Mr C. déplore tous les ragots dont il était la victime

depuis sa jeunesse "quand j'étais célibataire, les ragots ne m'atteignaient pas car je voyageais bpaucoup... Ces temps derniers, j'ai pris le trac.. je ne faisais de mal à personne, j'ai pris peur... j'ai cru qu'on allait me faire du mal, je connais les guêt-apens, les petites mesquineries, les pièges dans le travail... Mon travail à mi-temps, c'était dans une fabrique de bijouterie, je transportais de l'or, c'était pour faire tomber ces ragots, pour monter sur la confiance.. faire ce travail me donnait confiance, de voir qu'on me faisait confiance. En ce moment, j'essaie de contrôler tout ce qui se passe autour de moi... on m'a tellement fait de mal que je pense qu'on pourrait encore m'en faire..."Cette invasion psychotique entraine une désinsertion professionnelle et une jalousie pathologique et violente à l'égard de son épouse. "Chaque fois qu'on a essayé de me faire soupçonner ma femme, j'ai bien vu que ce n'était pas vrai... il y a eu des réflexions méchantes... on a même l'impression qu'il y a quelqu'un qui organise les catastrophes dans mon travail.. je ne sais qui.. Les gens ne son pas très francs, ils vous serrent la main et ils pensent différemment". Il est remarqué que la femme de Mr C. est très autoritaire, dirigeant le ménage sans laisser d'initiative au mari "un peu comme ma propre mère.." dit Mr C. Voici le dernier entretien avec le couple à la date du 20 juillet 1974 :

Mr C. dit qu'il va bien, mais que son travail dans la soierie le fatigue beaucoup.

- la femme : "Le soir, il est complètement éteint, il se couche avant le repas et il a des secousses la nuit en dormant... Il ne doit pas se détendre pendant la journée.."
- Lui : "Ma femme est aussi nerveuse, elle est malade, elle se sent tout le temps malheureuse, elle n'est jamais contente, j'ai toujours des réflexions à propos de rien... Elle me reproche de marcher dans la rue les bras un peu pliés.. Elle élève facilement la voix et ça m'énerve..."
- Mme C : "J'ai vu le Docteur S. qui m'a d'ailleurs montré à un psychiatre ; je m'ai pas voulu voir un psychiatre de l'Hôtel-Dieu comme le disait le Dr S. car l'administration veut vous conditionner et moi je ne veux pas... Ils veulent

savoir mes affaires et je ne veux pas... j'ai donc été voir un autre psychiatre qui m'a donné des médicaments : du Tranxène et du Témentil, mais je ne les ai pas pris... j'en prends un de temps en temps le soir si je suis excitée... car moi j'ai des problèmes même indépendemment de mon mari.. j'avais des difficultés dans mon administration... je me suis accrochée avec une surveillante générale qui veut que les Aides Soignantes restent à leur rang, et c'est pas normal... il n'y a plus d'esclavage, on ne vit plus dans une société comme ça.. Elle, elle est célibataire, elle est c.. comme ses pieds, c'est un vrai cheval... elle peut pas sentir les femmes un peu féminines et mignones... Moi, j'ai écrit une lettre au Directeur qui a fait réagir vivement l'administration ; il m'a fait convoquer chez le Docteur Saury avec un autre psychiatre.. Il en est ressorti que j'étais intelligente mais que je n'acceptais pas d'être conditionnée. Ils m'ont dit que j'aurais fâit une parfaite A.S. ou infirmière chef... maintenant qu'on m'a mis dans une consultation avec des gens civilisés, je me porte bien et je n'ai pas besoin de prendre des médicaments... moi j'ai changé... quand on voit comment on marque la société actuelle.." Mme C. me dit qu'elle a appris beaucoup de choses sur l'Hôtel Dieu et que lorsqu'on a vu qu'on ne pouvait rien faire contre, on s'en est pris à son mari. Il lui manque une ou deux preuves pour trainer une personne haut-placée de l'Hôtel-Dieu devant les tribunaux".

Mme C. ne paraissait pas malade lors de l'hospitalisation de Mr C. Elle paraissait l'élément stable de la famille et du couple. Or, voici que l'amélioration de Mr C. fait apparaitre chez sa femme un comportement de persécuté. On a nettement l'impression que c'est elle "l'élément paranoïaque".

Au début, Mr C. s'est présenté comme un paranoïaque dépressif puis l'état dépressif a progressivement disparu pour laisser la place à une paranoïa simple. Il quitte le service à la limite de l'interprétation paranoïaque et de la sub-dépression. Depuis, le malade oscille entre

des périodes de mieux où il parait sthénique, prend son traitement, se croit guéri et des sériodes asthéniques où il quitte sa place, est dépressif, reprend parfois quelques anciennes idées de persécution.

Cette observation montre que le délire se produit sur une personnalité beaucoup moins rigide que la paranoïa sthénique, chez un sujet présentant une hérédité chargée, un traumatisme initial (il a dû reconnaître le corps de son père, milicien fusillé à St Etienne), une hyperesthésie des contacts sociaux. Sujet, brillant le plus souvent intellectuellement mais enclin aux débats de conscience, ainsi Mr C. dit : "c'est normal qu'un homme réfléchisse dans notre société... ils ne veulent pas ça. La société elle-même... Des gens normaux ! est-ce que ce ne sont pas ceux qui travaillent et qui ne pensent pas... donc je ne suis pas normal puisque je pense...".

Ces sujets présentent des sentiments d'infériorité et de frustration importants et, en fait, un fond dépressif important. Ces malades se plaignent d'être l'objet de persécutions malveillantes mais, par leur état affectif asthénique, ils ne se vengent point et ne cherchent pas à obtenir réparation du tort supposé. Il existe un mécanisme interprétatif important.

Dans l'observation d'Hélène Renner, Kretschmer précise ce qu'il entend par constitution asthénique ; "physiquement, la malade est fragile, les stimulations pénibles de la vie courante la laissent perplexe ; tout travail physique l'épuise, elle y réagit par des migraines. Sa vie psychique se caractérise dès sa jeunesse par une fatigabilité, une hypersensibilité, une labilité, un manque de défense. Chaque blâme la bouleverse, son imagination est surexcitée par des lectures. De même que chez notre malade Mr C., il se développe chez H. Renner un sentiment éthique subtil et profond" "Elle est animée d'une ambition tenace, consciente de son but... On voit une certaine finesse et une distinction dans sa façon de parler et dans son attitude à l'égard de son entourage. Son comportement est empreint tant de modestie

délicate et de bienveillance que d'opiniatreté et d'un sentiment de soi vulnérable". Ainsi, pour Kretschmer "l'essentiel du caractère de sa malade n'est ni le mélange des dispositions sthéniques ou asthéniques, ni non plus la dysharmonie de ces dispositions. Ce qui est caractéristique, c'est la forte tension qui se produit entre ces deux pôles par l'association d'un élément sthénique à un caractère où les éléments sthéniques prononcés sont prépondérants. La tension se produit car les deux orientations inhérentes à l'individu sont continuellement et consciemment ressenties et vécues en tant que contradictions fortes et extrêmes. Ceci n'est possible que dans les cas de caractère qui possèdent une forte capacité de rétention". Ainsi cette vie intérieure subtile et imprégnée d'éthique est essentiellement un symptôme asthénique. (Le sthénique vit sa vie et ne se regarde pas vivre). Ainsi, les traits essentiels du caractère sensitif sont : une délicatesse asthénique, une hypersensibilité, une attitude intérieure éminemment éthique et une tendance à retenir les tensions affectives intrapsychiques. Nous savons également que les malades "sensitifs" ont une hérédité extrêmement chargée. Kretschmer dans l'observation d'H. Renner précise le mécanisme du délire de relation des sensitifs : "Que représente l'amour malheureux pour une personnalité sensitive ? Un échec humiliant. Ce n'est qu'au paroxysme de la tension affective que se produit l'Inversion du contenu représentatif primaire. L'expérience primaire de l'insuffisance humiliante, de l'infériorité pénible, de la perte de l'estime de soi, se reflète dans un symbole imagé, dans une sensation concrête et pénible d' etre observée, raillée et méprisée par le monde extérieur". Il note également que les oscillations du délire sont très amples et toujours conditionnées par les circonstances extérieures. Ainsi, si le malade se réfugie dans un endroit calme (hôpital, ou quitte la ville comme notre malade Mr C.), le délire de relation s'évanouit. Les troubles neurasthéniques et paranoïaques augmentent ou diminuent simultanément ; les réactions de l'humeur sont conformes à ces oscillations. Mais ce qui est le plus caractéristique au cours de toute la psychose, ce sont les fluctuations du sens

du réel ; la fatigue extrême causée par le travail, associé à l'exténuation affective fait éclore la psychose. Ainsi, avec les deux notions de la rétention et de l'épuisement, nous tenons en main les deux fils qui nous servent de guides à travers l'évolution de la maladie. On les retrouve dès la prime enfance et au cours de toute la vie. Il est à remarquer que les fluctuations du sens du réel sont réactionnelles aux conditions extérieures de la vie. Les phénomènes cyclothymes touchent très peu le noyau du délire de relation sensitif. "Néanmoins, dit Kretschmer, il est nécessaire de tenir compte des déviations circulaires, non parce qu'elles jouent elles-mêmes un rôle dans l'édification du délire de relation sensitif. Mais ces déviations sont importantes car elles sont le signe d'une parenté intérieure de certaines dispositions asthéniques-dépressives du caractère de la constitution maniaco-dépressive, dans ce sens que les les mêmes dispositions : tristesse, douceur, sensibilité persistante, prédisposent à des troubles mentaux psychologiques et réactionnels. Ces dispositions auraient pu aussi bien produire de vraies oscillations circulaires. La fréquence de natures douces, subtiles parmi les cyclothymes et parmi les individus de constitution dépressives, la présence occasionnelle de l'hérédité circulaire, de la dépression réactionnelle et des fluctuations cycliques de l'humeur chez nos névrosés sensitifs, militent en faveur de cette hypothèse.

Ainsi le caractère, le milieu et l'expérience vécue voilà la triade qui, en se renforçant mutuellement, déclenche ici le délire de relation sensitif, sur un fond d'hérédité très chargée. Ce délire de relation des sensitifs est conditionné par la disposition caractérielle. Le caractère sensitif est éminemment asthénique, se plaçant entre le caractère expansif et le caractère asthénique pur ; il se caractérise par un défaut d'expansion, une incapacité psychique d'opérer une décharge. Le mécanisme du délire est celui de la répression des affects (à la différence de l'expansif qui les libère), suivie par l'inversion. Le noyau de la maladie est représenté par un délire de relation polarisé prenant pour point de départ une base affective nuancée placée entre une insécurité humiliante et une auto-accusation provoquant le désespoir. L'ex-

périence vécue est, dans les cas typiques, un élément primordial ; sans elle la maladie se réduirait à rien. Le milieu excitera de façon spécifique les deux composantes du caractère sensitif : son sentiment asthénique d'insuffisance et sa conscience sthénique de soi. C'est cette tension qui provoquera l'éclosion du désire, et c'est toute la personnalité sensitive qui vivra la psychose. Le délire de relation atteint son degré suprême lorsque l'état paranoïaque se transforme en un délire dissociatif aigu. Ce dernier apparait en phase critique de courte durée, au paroxysme des psychoses sensitives les plus graves. Pour Kretschmer, la forme de l'évolution du délire de relation sensitif n'est nullement schématique. Des réactions violentes guéries rapidement, une évolution sur plusieurs années puis guérison relative, une évolution rémittente avec des accès nettement séparés les uns des autres, ou des oscillations qui durent des années, entre les limites d'une poussée délirante et un état névrotique fondamental. En résumé, on peut dire que l'évolution est caractérisée par :

- sa vive réactivité psychologique au cours de toutes les étapes de la maladie
- sa tendance à la guérison dans les cas purs et légers
- la tendance à la conservation de la personnalité du malade même dans les cas graves.

La délimitation entre le dél re de relation sensitif et la psychose maniaco-dépressive peut être rapidement tracée. Ni la fixité monotone d'un trouble affectif autonome, ni les modifications caractéristiques de la psycho-motilité circulaire ne se retrouvent. Au contraire, nous constatons en tant que signe fondamental, une dépendance et une réactivité psychologiques entre l'affect et la situation psychique. Les formations délirantes des états circulaires peuvent bien se rattacher aux expériences extérieures, mais il manque à leur édification une pleine participation affective. D'autre part, dans leur évolution ultérieure, la formation délirante sensitive est aussi fortement polarisée sur l'expérience vécue que la formation délirante circulaire paranoïde ne l'est pas.

Mais il existe une certaine parenté dans leur constitution et on peut trouver occasionnellement une combinaison des deux formes.

Peut-on donner un essai d'interprétation de la paranoïa sensitive à l'aide des idées de Mr KLEIN ? Il existe dans la constellation "Paranoïa-sensitive" trois types de symptômes qui font référence à trois étapes différentes de la vie affective archaïque.

Les affects paranoïdes projetés par le sujet sur autrui ressenti comme un persécuteur sont très angoissants. A un certain degré, on est proche de la schizophrénie quand le malade "sent qu'on lit ses pensées", "qu'on agit sur ses gestes", mais il n'atteint pas ce stade car la dépression et les mécanismes de défense obsessionnels neutralisent l'angoisse paranoïde primaire (angoisse archaïque de la fusion, de l'union de l'enfant à sa mère). De telles sensations (être jugé péjorativement, être épié par autrui) font référence à des affects schizophréniques qui ont racine dans la période sadique orale. Les symptômes dépressifs sont liés à une culpabilité fondamentale de nature sexuelle ou relationnelle. Ils font référence à des affects provenant de la période de sevrage ou "période dépressive infantile", très proche de la période sadique orale, et qui est marquée par le sentiment qu'éprouve le sujet de n'avoir pas réussi à protéger les bons objets intériorisés. Cette culpabilité, cette souffrance interne peut prendre soit l'expression d'une maladie hypocondriaque (asthénie, je suis vidé, sans ressort), soit une position d'agressivité contre les mauvais objets intériorisés, c'est-à-dire utilise en alternance avec les idées hypocondriaques, un mode d'expressinn v verbalement plus agressif, "paranoïaque", comme par un sursaut de lutte contre les sentiments dépressifs qui l'accablent.

Les symptômes obsessionnels et psychasthéniques sont des modes de défense contre l'angoisse schizophrénique de dislocation du moi. Ils sont nettement plus efficaces que la dépression, car ils font référence à des affects nettement plus

élaborés, dont l'origine se situe près de la phase oedipienne. Ainsi, on peut nommer stade sadique anal I la période où se rattachent les affects de la série paranoïa et
Stade sadique anal II, celle de l'obsession.

Le lien entre tous ces affects serait le développement de la personnalité depuis la petite enfance.

Au point de vue traitement, on pourrait traiter ce délire de relation sensitif comme un tout, en associant un anti-dépresseur sédatif pour qu'il soit anxiolytique, à un neuroleptique incisif "réorganisateur et stimulant". On assiste alors à une sédation de l'angoisse, des idées délirantes et enfin des affects dépressifs. Tout se passe comme si la personnalité du malade se restructurait comme elle aurait dû le faire normalement au cours de la petite enfance ; l'action psychothérapique du milieu institutionnel doit bienentendu jouer un grand rôle.

En faisant référence au même article (J.M. Geneviève Information Psychiatrique vol 49, n° 8 - oct. 1973), cette théorie de la "restructuration" par étapes faisant référence aux étapes fondamentales de la personnalité pendant la petite enfance selon M. Klein peut éclaircir le problème des accès dépressifs qui apparaissent au cours du traitement par les neuroleptiques de diverses psychoses. En effet, certains malades qui étaient bloqués dans leur repli schizophrénique au stade sadique oral, sous l'action des neuroleptiques arrivent à restructurer leur personnalité jusqu'à parfois une "cicatrisation obsessionnelle", en passant comme cela se produit durant la petite enfance lors de la "dépression infantile" par une phase de dépression classée actuellement dans les états dépressifs atypiques.

Pour ne pas quitter ce problème, disons encore que chaque clinicien sait que la correction des idées délirantes par les neuroleptiques peuvent faire apparaître un état dépressif. La symptomatologie de ces états dépressifs est assez

univoque : intensité peu profonde de la dépression, apathie, désintérêt ou indifférence affective, troubles du sommeil. Mais de véritables mélancolies peuvent apparaître. Ces dépressions se rencontrent surtout après traitement de la psychose hallucinatoire chronique, moins fréquemment dans les états intuitifs ou interprétatifs. Pour les expliquer, on peut encore invoquer l'action directe des neuroleptiques sur les centres diencéphaliques, qui serait responsable de véritables inversions de l'humeur, mais la posologie des neuroleptiques est alors moindre et cela n'explique pas la coexistence de l'apparition de la dépression et de la correction du délire. La théorie psychogénétique de la restructuration peut nous l'avons vu éclaircir ce problème, car le délire est lui-même un mécanisme de défense s'opposant à une situation conflictuelle issue de la "perte d'objet". Le délire est un refuge. L'interrompre fera réapparaître l'angoisse car le Moi est à nouveau sans défense. De cette angoisse peut naître la dépression.

Après avoir envisagé le sujet de cette thèse sous la forme : "troubles de l'humeur dans les différents tableaux de la paranoïa", nous allons retourner en quelque sorte le problème et étudier les symptômes paranoïaques dans les troubles de l'humeur et notamment dans la manie et la mélancolie.

Ce sujet fait immédiatement penser au problème posé aux anciens auteurs au sujet de la place nosographique de la paranoïa aigüe. On venait de découvrir le délire chronique progressif (délire de persécution de Lasègue, Kabret, Magnan) et déjà se posait le problème de l'évolution : était-elle toujours chronique ? On y avait-il une paranoïa aigüe ? Ce fut Westphall qui en 1878 décrivit un syndrome caractérisé par un début rapide des idées délirantes et de grandeur, des hallucinations auditives et un certain degré de confusion ou d'excitation. Puis prévalut en Allemagne l'opinion de Kraft-Ebing qui oppose une "confusion hallucinatoire" à la paranoïa chronique. Mais Kraepelin s'opposa au "concept bâtard" de paranoïa aigüe. En fait, il est impossible de séparer radicalement ou de confondre purement et simplement les maladies mentales aigües et les maladies mentales chroniques.

Rappelons-nous que l'on a eu beaucoup de peine à dégager des crises de manie et de mélancolie, ces troubles aigus délirants et hallucinatoires (Fabret, Griesinger, Baillerger), et l'on verra que la manie comme la mélancolie ont des formes cliniques "atypiques" où le délire de persécution occupe parfois la première place. Dans sa thèse en 1911, Kleist s'est tout naturellement demandé si la paranoïa aigüe ne constituait pas une forme de la "folie périodique" ; en effet, la clinique ne nous montre-t-elle pas parfois que des troubles de l'humeur ne sont pas exempts de troubles de la conscience. On peut penser qu'il ne s'agit pas d'un problème de pure nosographie car de nombreux cas médico-légaux, entre autres, se posent quant aux actes de malades périodiques et de la confusion de ces actes avec la paranoïa.

A - Relâchement des disciplines et des contraintes insurrection pulsionnelle, régression instinctive et libidinale, "orgie totémique", festivité du "ça" sont les différents traits de l'anarchie instinctivo-affective de la manie. Tantôt c'est dans une atmosphère d'euphorie, d'optimisme que se déroule le "jeu maniaque", d'autres fois, c'est dans une décharge clastique de violences coléreuses que se déchaîne une agressivité forcenée. Mais toujours "l'exaltation de l'humeur".constitue le fond d'expansivité, de volubilité, d'exubérance. Ce "fond" c'est ce qu'on appelle "l'humeur". Ell n'est ni un "biotonus" au sens d'Ewald, ni un facteur thymique élémentaire. C'est une "qualité" globale et complexe de la conscience ; "elle est l'avidité même de l'intentionnalité de la conscience qui ne peut elle-même être saisie que comme l'avidité du désir" H. Ey.

Les troubles affectifs de la manie et notamment toutes ses émotions (pleurs, rires, irritation, passion) vont dans le même sens, celui de l'expansivité. Il ne s'agit pas d'une simple hypérémotivité, mais d'un "triomphe orgiaque" que la vie émotionnelle prend comme une revanche ou une révolte contre les instances de contrôle et de contrainte. Toutes

les études classiques admettent le caractère parfois délirant de la manie, mais n'envisagent cette production sub-délirante que comme une contingente "association" d'idées délirantes au tableau clinique de la manie.

Linas écrivait : "Les conceptions délirantes s'observent quelquefois dans le délire maniaque : mais loin de faire partie de ses éléments nécessaires, elles n'interviennent que d'une manière secondaire, accessoire, à titre d'incident et de complication. Elles diffèrent essentiellement de celles qui se manifestent dans les monomanies en ce que celles-ci sont persistantes et fixes, tandis que dans la manie elles sont mobiles, changeantes et fugitives". Kraepelin admettait que les constructions délirantes sont généralement chez le maniaque fugaces et floues, mais que parfois il existe des délires rappelant les délires paranoïdes ou des conceptions délirantes fréquemment mystiques. Lange parle des idées délirantes de préjudice ou hypocondriaques comme d'un trouble accessoire. Pour Deron, le Délire n'a ordinairement rien d'homogène et il faudrait parler plutôt de conceptions ou d'idées délirantes ; il y a plutôt absence de jugement, qu'erreur. Mais ce caractère délirant peut, dans certains cas, se renforcer. Esquirol l'avait noté. Foville avait signalé des cas de manie avec prédominance de délire des grandeurs. Seglas avait mis en évidence le "délire verbal" : délire ambitieux, expansif, avec exaltation imaginative, idées de richesses, de puissance, confiance, certitude de bonheur... Ce délire est mobile, fait de redondance verbale, de clinquant. Il est variable.

Parfois, au cours de l'accès maniaque, on observe des idées délirantes de persécution. Le ton coléreux, l'exaltation, la demi-conscience de l'état morbide favorisent la croyance en l'hostilité de l'ambiance. Le ton coléreux et irritable crée l'objet de sa mauvaise humeur, la projette sur les autres, la fait rebondir des autres sur soi. Nous connaissons d'autre par l'association possible d'idées hypocondriaques : les malades se plaignent d'avoir été empoisonnés, contaminés, souillés. Généralement, le mécanisme d'édification de ces délires maniaques est verbal, fabulatoire, imaginatif, intuitif, interprétatif, mais parfois il peut être halluci-

natoire.

Nous savons également par la clinique que la manie dans son évolution peut prendre la forme de délire parfois de longue durée. Cette forme, sans être fréquente, est d'une grande importance diagnostique. On observe généralement des délires imaginatifs où se trouvent les faux souvenirs, les fausses reconnaissances, les fabulations, les idées mégalomaniaques ; notons dans ces délires, la fréquence des thèmes de filiation, des délires de persécution, des délires prophétiques et spirites. Certains de ces délires restent assez cohérents pour que l'on puisse parler de délire passionnel, de filiation, d'influence, de persécution de structure systématique.

Il existe également des formes d'accès maniaques qui se prolongent indéfiniment sous la forme d'une exubérance hypomaniaque ("manie douce" de Schule). Le malade ne s'est jamais senti aussi bien ; il présente un état d'hyperactivité un peu désordonnée, parfois stérile, parfois constructive. La thymie évolue entre une franche gaieté et une irritabilité dictatoriale. Malheureusement, là aussi on trouve des variétés cliniques de l'hypomanie qui posent un diagnostic différentiel extrêmement difficile : on décrit l'inventeur hypomaniaque, le revendicateur processif, le mythomane hâbleur, survenant chez des sujets hypersthéniques, exubérants, à tempérament "syntone" et "cyclothyme" (Bleuler, Kretschmer). Nous voyons que ce type particulier de conscience morbide qu'est la manie peut s'organiser en forme d'existence pendant de longues années parfois.

B - <u>La Mélancolie se situe à l'antipode de la manie</u> comme un tableau clinique où prédominent la dépression, la tristesse et l'angoisse. Dans la mélancolie d'intensité moyenne, il y a prédominance de l'inhibition, du pessimisme, des sentiments de regret et d'indignité et l'hypocondrie, la conscience mélancolique se referme sur le passé et le présent n'est vécu que comme un regret. Dans la mélancolie anxieuse, la note dominante est la peur : peur de ce qui va arriver, peur d'une catastrophe cosmique imminente et déjà déclenchée ;

il s'agit d'une profonde anxiété. Ainsi, deux types fondamentaux constituent les formes les pluspures de la structure mélancolique, tantôt c'est l'état dépressif suspendu dans le vide du passé, tantôt c'est la mélancolie anxieuse ouverte sur le présent et l'avenir comme sur un gouffre béant. Le mélancolique est un ralenti, un inhibé, un homme effondré ; le syndrome d'inhibition psychique représente une hypotension de la conscience, une incapacité radicale de se mouvoir et d'agir dans l'ordre de la pensée comme dans celui de l'action. Mais la dépression n'est pas récue comme un vide, un trou, ell est aussi vécue comme un malheur "actif" ; elle se juge et se veut ainsi ; "je suis anéanti, tout est perdu... c'est fatal et il faut que ce soit ainsi. On veut me tuer et je dois mourir". Il y a donc un pessimisme qui englobe une orientation générale de la conscience. Ce pessimisme est réfléchi sur soi et reporte au sentiment de culpabilité morale et à l'indignité. Ce sentiment de culpabilité est un besoin profond, une exigence de s'amoindrir, de se martyriser, de se punir. Le complexe hypocondriaque, c'est-à-dire le désir et la crainte de la maladie - l'illusion de ruine ou de négation- le conflit, la crainte et l'échec dans les rapports avec autrui (persécution) - le découragement - la certitude de l'inévitable catastrophe - le désespoir - la négation - la résignation - la fatalité - l'expiation impossible et nécessaire ; tous ces "vécus" de la conscience mélancolique renvoient au sentiment de culpabilité. Le "noir" de la mélancolie, c'est l'ombre même de la culpabilité, de la faute, du péché.

La "furie du suicide", par ses tendances auto-agressives ou auto-destructrices, constituent le symptôme majeur de toute mélancolie. Dans la forme où prédomine l'inhibition, le suicide est perpétuellement médité, ruminé. La mort est le seul présent possible, mort méritée et refusée, impossible solution, tentation d'en finir avec un monde sans fin ni fins. Le suicide peut se réaliser passivement par le refus d'aliment, ou par un raptus suicide, ou encore par un suicide systématiquement préparé et parfois même par un sui-

cide collectif. La recherche de la mort, qu'elle exprime la détresse de l'angoisse ou la déroute panique de la peur, est donc chez tous les mélancoliques, le fond même de la mélancolie, et marque son refus de l'existence, son besoin terrible d'anéantissement. Nous avions vu que dans les délires systématisés de persécution ou d'influence, le suicide constitue une réaction de défense au terme d'une série de fuites parfois éperdues pour échapper à l'étreinte tragique du cercle magique qui se resserre autour de lui. Dans le délire de revendication, de quérulence ou d'hypocondrie, le suicide prend parfois une forme agressive ayant la valeur d'une provocation, d'une vengeance, d'un châtiment dirigé contre autrui au travers de sa propre personne. Les érotomanes à la phase de dépit, les jaloux, délirants réformateurs se suicident, quant-à-eux, par le mécanisme proprement paranoïaque de l'auto-punition qui sous-tend l'agressivité.

Mais quoi qu'il en soit, le suicide répond à un besoin spécifique de l'homme, celui qui le pousse à se détruire, à résister à son instinct de conservation. Cette obscure dialectique de l'instinct de vie et de l'instinct de mort, que nous contenons tous en nous, constitue la racine de tous les suicides. Le système de balance entre la pulsion auto-agressive et la tendance hétéro-agressive fait penser au mot de Steckel ; "Personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un" C'est par le complexe de culpabilité et d'auto-punition que se trouvent, en effet cliniquement liés l'homicide et le suicide. Freud a bien démonté tous les ressorts de l'angoisse et de l'appareil pulsionnel pour que nous n'ayons aucune peine à admettre que les injonctions sinon les décrets de la "Justice" inconsciente du "sur-moi" ne sont autres que les sentences de mort, selon la Loi du Talion : la mort est toujours requise pour la mort désirée.

Garma, en 1937, insiste sur la projection des pulsions hétéro-agressives comme si le meurtre de soi-même manifestait dans la mélancolie à la fois la révolte, la vengeance et la haine inconscientes et constituait le seul moyen de

posséder l'objet libidinal désiré et "perdu", de l'entraîner -par le fantasme de l'immolation- dans la mort. Freud a partagé en deux courants l'organisation instinctuelle : l'un constitue la composante libidinale (instincts sexuels objectaux centriguges et instincts sexuels du moi centripètes) ; l'autre, la composante létale (instincts objectaux d'agressivité de haine, d'hétéro-destructive et instinctive, centripète, auto-destructive).

Tous les psychiatres ont toujours considéré que la mélancolie a un aspect délirant ou qu'il existe une forme clinique délirante, et l'on peut dire que les "idées délirantes" font partie intégrante de la mélancolie. Ces idées délirantes ont été étudiées par Séglas qui avait noté les caractères suivants : elles sont de tonalité affective pénible ; elles sont monotones, les malades répétant toujours mêmes idées ; elles sont pauvres, c'est-à-dire que l'idée délirante ne se développe pas à travers un ensemble de souvenirs, l'esprit reste inactif ; elles sont pauvres quant à leur structure, mais riches d'émotion. Ce sont, disait Masselon, des délires affectifs plus qu'idéatifs ; elles expriment la passivité du malade à l'égard de leurs malheurs, rarement le malade manifestera une attitude de révolte ou d'agressivité ; elles sont divergentes ou centrifuges, c'est-à-dire qu'elles s'étendent progressivement à l'entourage et à l'ambiance ; enfin ce sont des délires du passé (regrets, remords), ou de l'avenir (anxiété, craintes, scrupules) mais le moment présent (réaction) ne les intéresse pas, au contraire des délires de persécution (Séglas).

A côté des délires de persécution mélancoliques, nous trouvons également des idées d'indignité (culpabilité), des idées de ruine et de deuil (par perte de l'objet), des idées hypocondriaques de transformation et de négation corporelles, des idées d'influence, de domination et de possession.

Le complexe d'auto et d'hétéroagressivité représenté par les idées de persécution montre que le malheur du mée lancolique a pour centre sa propre personne. Ce malheur se

projette comme un mal qui, parti de soi, se tourne contre soi et n'est même, parfois, vécu que comme une agression issue du monde extérieur. Ce sont alors les autres qui sont mauvais, qui s'acharnent à le persécuter. L'anxiété et l'insécurité peuplent le milieu de fantômes menaçants, la police le poursuit, la justice le recherche pour le condamner et le châtier. Tout, autour de lui, est rumeur sinistre et malveillante et l'étau d'une hostilité implacable se resserre sur lui. Il est le centre, l'objectif, la cible des lourdes et lancinantes machinations qui préparent sa mort, son déshonneur et sa honte.

K. Abraham dans Rêve et Mythe, analyse ces mouvements auto- et hétéro-agressifs tels qu'ils apparaissent chez un cyclothyme. "Lorsque l'humeur maniaque est plus marquée, l'euphorie se mue en irritabilite et en impulsivité ; au cours des phases dépressives, le malade est inhibé, les actes deviennent une contrainte... Il éprouve vaguement que l'état de dépression est une punition. De tels sujets ne peuvent être heureux que dans un monde absolument clos. Tout être vivant, tout objet inanimé est éprouvé comme perturbateur".

Si pour la plupart des cas de délire parenoïaque, Freud considère que le noyau du conflit est le fantasme réalisant le désir homosexuel d'aimer un individu du même sexe (Moi un homme, je l'aime lui, un Homme), le délire de persécution contredit cette formule en clamant : "je ne l'aime pas, d'ailleurs je le déteste, mais je le déteste car il me persécute". Abraham montra que dans les psychoses maniaco-dépressives, le conflit est autre. Il tire son origine d'une disposition hostile excessive de la libido. Cette haine concerne d'abord les plus proches parents, puis elle se généralise : -Je ne peux pas aimer les autres, je suis obligé de les détester (sentiments d'insuffisance de ces patients) puis par refoulement et projection au dehors -Les autres ne m'aiment pas, ils me détestent... car je suis marqué par des insuffisances innées : c'est pourquoi, je suis malheureux, déprimé. Mais les mouvements sadiques refoulés ne se calment pas. Ils ont tendance à revenir à la conscience et apparais-

sent dans les rêves, les actes symptômatiques, mais surtout en tant que tendances tyranniques vis-à-vis de l'entourage, désirs de vengennce violents, impulsions criminelles. Faute de voir ces mouvements sadiques dans la phase dépressive, on peut les observer dans la phase maniaque. Chez les dépressifs, la répression des mouvements de haine et de vengeance engendre les idées de culpabilité. Ainsi du refoulement du sadisme, nous voyons surgir la dépression, l'angoisse, la culpabilité. Lorsque la source de plaisir liée à l'activité pulsionnelle est oblitérée, le masochisme devient la conséquence inévitable. Ainsi, au fond de la misère mélancolique, nous trouvons une source cachée de jouissance. La manie survient lorsque le refoulement ne parvient plus à endiguer le flot des pulsions refoulées. En cas d'excitation maniaque grave, le patient est comme vertigineusement emporté par ses pulsions ; la libido tant positive que nétative (amour et haine, désir érotique et hostilité agressive) font également irruption dans la conscience ; le sommet de la manie est comme une ivresse de liberté. La composante pulsionnelle sadique est délivrée de ses entraves. Toute retenue disparaît en faveur de comportements agressifs sans égards. A la moindre occasion, à ce stade, le maniaque réagit par des accès de rage et de rancune excessifs.

Freud dans "Deuil et Mélancolie" confirma que la mélancolie entretient avec le deuil normal le même rapport que l'angoisse névrotique avec la peur. Il montra le détournement de la libido du patient du monde des objets. Puis Freud montra comment le patient perd son objet d'amour et par la suite le reprend en lui par la voie de l'introjection en sorte que les auto-accusations mélancoliques s'adressent en réalité à l'objet perdu. Ainsi, c'est la rupture des relations objectales qui inaugure la maladie dépressive. D'autre part, l'analyse de Freud nous apprend que l'introjection mélancolique réanime effectivement l'objet perdu : "Il est à nouveau érigé dans le moi". Chez le sujet normal, cette introjection fait suite à une perte réelle (décès), alors que l'introjection

mélancolique survient sur la base d'une perturbation fondamentale de la relation libidinale à l'objet. Elle est l'expression d'un conflit ambivalentiel dont le moi ne parvient à se retrancher qu'en prenant à son compte l'hostilité concernant l'objet. Le conflit d'ambivalence de la libido est si grave chez le mélancolique, que tout sentiment d'amour est immédiatement menacé de son inverse. La perte de l'investissement positif conduit ici à une conséquence majeure : au renoncement à l'objet.

Avec Freud, nous avons appris qu'un essai de restitution suit la perte objectale chez le mélancolique. Ce que la paranoïa atteint par voie de projection, la mélancolie y parvient par voie d'introjection et nous permet de comprendre que la forme archaïque du deuil s'exprime par la dévoration de celui qui a été tué. Les données psychanalytiques nous permettent de penser que le mélancolique cherche à échapper à ses impulsions sadiques orales. A l'étape primaire, la libido de l'enfant est liée à l'acte de succion. La seconde étape se différencie par la modification de l'activité orale qui de succion devient mordication. Le fait de mordre représente la forme primitive de l'impulsion sadique. C'est le stade des impulsions cannibaliques. A partir de là, l'ambivalence règne sur la relation du moi à l'objet : la libido menane l'objet de destruction par dévoration.

L'ambivalence de sa vie pulsionnelle apporte au mélancolique des conflits particulièrement sévères. La libido se retire de tout ce qui intéressait le malade auparavant. Le mélancolique se plaint de cette perte et y relie ses sentiments d'infériorité. Après avoir été retiré de l'objet, l'investissement libidinal revient au moi par introjection, et le moi est alors exposé sans défense à toutes les impulsions libidinales ambivalentes. Cette ambivalence envers le moi contient la possibilité d'un changement de l'état mélancolique en état maniaque.

Dans Deuil et Mélancolie, Freud note que les mélancoliques "sont loin de manifester à leur entourage l'humilité et la soumission qui seules conviendraient à des personnes

aussi indignes, ils sont au plus haut degré tyranniques, susceptibles et se conduisent comme les victimes d'une grande injustice". On peut donc dire que le mélancolique a un sentiment de supériorité qui peut d'ailleurs être découvert dans l'intervalle libre. Ce sentiment concerne sa famille, ses collègues, voire l'humanité entière. Cette surestimation de soi se retrouve dans le délire de ces malades : la représentation d'être le plus grand malfaiteur, l'auteur de tous les méfaits de tous les temps est remarquable à cet égard. Cela renvoie à un narcissisme patent, chez ces malades, dans le processus de leur pensée. Ainsi, on voit s'opposer, dans la mélancolie, l'amour de soi et la haine de soi, la surestimation et la sous-estimation, donc les expressions d'un narcissisme positif et d'un narcissisme nagatif qui se fait face. La psychanalyse nous apprend également que le motif de la maladie actuelle n'a pu être pathogène que dans la mesure où il a été vécu, saisi et valorisé par l'inconscient du malade comme une répétition de l'évènement traumatique initial. Il existe une tendance compulsionnelle à la répétition dans la psychose maniaco-dépressive. La répétition de la déception primaire pendant la vie ultérieure occasionnera la survenue d'une dysphorie mélancolique.

Si nous poursuivons l'analyse de Freud : le désinvestissement de l'idéal du Moi permet au narcissisme d'entrer dans une phase positive et riche de plaisirs. Lorsque le moi n'est plus assujetti à l'objet incorporé, la libido se tourne avidemment vers le monde des objets. On entre dans la phase maniaque : il y a une convoitise orale accrue, véritable "orgie cannibalique", libération fêtée par le moi.

Pas plus que le maniaco-dépressif, le paranoïaque n'échappe au conflit lié à l'embivalence. Stärcke, en analysant le délire de persécution, découvrit que "le persécuteur" peut être ramené à la représentation du scybale intestinal du patient ; ce symbole est inconsciemment identifié avec le pénis du "persécuteur", c'est-à-dire avec la personne du même sexe aimée à l'origine. Dans la paranoïa, le persécuteur est

donc représenté par une partie de son corps que le patient ressent comme en lui. La perte de la relation libidinale avec son objet et les objets en général (cas Schreber de Freud), la paranoïaque essaie de la compenser par une reconstruction qui est une incorporation d'une partie de l'objet, alors que le mélancolique incorpore l'objet en totalité.

Enfin, il nous faut rappeler les travaux de M. Klein montrant que l'introjection des objets bons et mauvais y est donnée comme une expérience vitale absolument primordiale du nourrisson. Les objets intériorisés sont soumis à des procédés de défense et d'attaque qui représentent des réactions paranoïaques ou dépressives de l'enfant. Les processus d'identification, "s'internalisation", d'introjection et de projection, représentent la trame du comportement de l'enfant et de ses relations avec le monde extérieur. Aux tendances paranoïaques infantiles, correspond l'identification du Moi avec le bon objet totalement incorporé. Quant à l'angoisse infantile à quoi nous renvoie la psychanalyse de la mélancolie, elle est, dit M. Klein, de nature beaucoup plus complexe quoique voisine de cette paranoïa. Elle est faite surtout de la crainte que les bons objets intériorisés et avec eux le Moi ne soient détruits, désintégrés. Tandis que la paranoïaque lutte contre la multitude de petits objets de persécution le mélancolique tend à réunir la totalité des objets qui lui échappent, mais tout état dépressif comporte l'un et l'autre mécanisme. M. Klein insiste sur la cruauté du Sur-Moi primitif de la Mélancolie, celui de l'introjection primitive, cruauté sadique primaire dirigée contre les mauvais objets et qui, intériorisée, constituerait la première ébauche de la persécution de la conscience morale contre soi, conscience qui est toujours conçue comme "dévorant" sa victime, ce qui est comme un rappel de la phase orale où se lient les relations d'objets et natamment la "position dépressive" infantile si intégrée à la "position paranoïaque".

persécutés, les organes sont attaqués.. Chez les damnés, l'oeuvre de destruction est accomplie. Aux idées hypocondriaques, se joint très fréquemment l'idée d'immortalité. Enfin, Cotard et Séglas ont insisté sur un certain nombre de symptômes associés : l'analgésie, les hallucinations, le mutisme et enfin les impulsions au suicide et à l'auto-mutilation. Le plus souvent, c'est dans l'anxiété que nait et s'entretient le délire de négation. Le désespoir se propage jusqu'à l'anéantissement par une expansion centrifuge à partir du Moi, vers le néant du corps, des choses, du monde et du temps. A côté du délire de négation des états mélancoliques, on décrit des délires de négation post-mélancoliques qui constituent une survivance au délire mélancolique lui-même. Ces délires de négation post-mélancoliques prennent soit la forme paraphrénique (luxuriants, lyriques, à forte expression verbale et imaginative, réalisant une mégalomanie à rebours), soit systématique ou paranoïaque où se mêlent l'auto-accusation, les thèmes de persécution et les idées de négation ; ici, dans ce délire systématisé, tout le système est placé sous le signe d'une forte agressivité dirigée à la fois contre soi et contre autrui, soutenant une constante revendication justificative du châtiment et dénonciatrice d'une persécution.

Freud considère la négation comme un des premiers mécanismes de défense en relation avec l'expulsion. Il dit : "Exprimé dans un langage très primitif et en termes de pulsions instinctives orales, l'alternative d'un petit bébé serait : "ça, je le mange, ou bien je le crache". Ce qui signifie incorporer ce qui est vécu comme bon et nier en l'expulsant ce qui est vécu comme mauvais. Mélanie Klein accorde au mécanisme de négation une importance toute particulière. Elle le considère comme une défense spécifique de la position schizo-paranoïde. L'objet mauvais ou persécuteur reste non seulement dissocié du bon, mais encore son existence même est niée, tandis que les aspects bons sont exagérés ou idéalisés pour se sauvegarder de la persécution. D'autre part, ce qui se nie n'est pas seulement l'objet mais plutôt une relation d'objet. D'après M. Klein, cette négation d'une réalité pénible et persécutrice se fait au travers d'une attitude omnipotente. La négation omnipotente acquiert dans l'inconscient la signification d'annihilation.

Le corps et le monde extérieur réel tel qu'il est communément perçu ne sont pas seuls niés. Il existe aussi une négation de la pensée. Le malade a tendance à dénier une partie de son monde intérieur, en déplaçant tout ce qui y est pénible et persécuteur, soit dans le corps, soit dans le monde extérieur (qui devient habité de persécuteurs). Ainsi, le clivage corps/pensée, selon Clifford Scott est un dualisme qui prend ses racines dans une dissociation primitive du moi. Son but est de placer dans une partie du tout les aspects dangereux et persécuteurs afin de préserver le reste. M. Klein parle d'une dissociation primaire et active du moi. Pour elle, et à la suite de Freud, c'est la projection active d'un instinct de mort qui permet la survie. Pensée et corps font partie d'une unité, la personne. Le corps est le lieu ou l'espace habité par le monde interne et à travers lequel ce dernier se met en rapport avec le monde extérieur. Nous sommes "ancrés" dans le corps disait Merleau-Ponty. Ainsi, la classification monde interne, corps, monde externe, peut être au service de la défense. Le moi essaie de se débarrasser d'une situation très pénible (persécutrice ou dépressive) en la plaçant dans une des sections de la triade pour préserver les deux autres. Séglas parle de la négation de la personnalité psychique, de la personnalité corporelle et du monde extérieur, conjonction qui configure la négation universelle.

C - <u>On rencontre souvent des dépressions comme mode d'entrée dans une psychose</u> (schizophrénie ou délire chronique). Cela ramène à une éventualité classique, celle de l'organisation d'un délire secondaire à la mélancolie. La mélancolie représente dans ce cas une expérience délirante qui bouleverse profondément les rapports du Moi et du Monde. C'est de cette expérience que peut jaillir et s'organiser sur le plan de la personnalité le thème et le style existentiels de type délirant chronique. Nous savons qu'aux premiers mois de la vie l'enfant forme avec sa mère une relation anaclitique ou symbiotique dans la mesure où sa mère lui sert de

"support" non seulement physique mais surtout psychique, dans la mesure où ses fonctions du Moi, ses "instruments" seront acquis par la croissance, mais aussi remis par sa mère. Puis, progressivement, l'enfant se dégagera du cahos d'un monde où le sujet et l'objet sont confondus. Il se reconnaîtra en tant qu'individu distinct d'autrui. Ainsi, la mère n'est pas seulement le modèle premier de tout objet futur, elle accomplit ainsi le branchement de l'enfant sur la réalité tant extérieure que celle de son propre corps. Or, si la dépression était déclenchée par une perte de l'objet, ici la précipitation dans la psychose a pour principal facteur l'absence réelle ou fantasmatique d'un objet ; cela permet une désorganisation de la personnalité et réalise dans une première phase les états matriciels du délire. Ceux-ci sont toujours à l'origine du délire. Ces délires peuvent se constituer, puis s'effacer ou, au contraire, se cristalliser, mais toujours ils portent les traces des expériences, ici mélancoliques, fondamentales. Comme nous l'avons dit, la mélancolie représente dans ce cas une expérience délirante qui bouleverse l s rapports du Moi et du Monde, vécue par le sujet dans un état d'angoisse intense, anéantissante, de fin du monde qui fait perdre au sujet ses repères spétio-temporels. Le monde change, disent Nacht et Racamier parce qu'il n'est plus "aimanté", n'est plus aimé, n'est plus "investi". C'est le retour au cahos primitif. C'est donc cette angoisse psychotique qui désorganise les fonctions du Moi. Si bref que soit cet état, il n'en est pas moins intolérable pour le sujet, ainsi le délire va réaliser une sorte de compromis entre les pulsions et les défenses. Il va recréer le monde détruit où se meut le sujet envahi par l'angoisse. Il fera retrouver l'objet non pas perdu mais inexistant. Ce "travail" du délire aboutira à son terme à une sorte de victoire lorsqu'enfin l'idée délirante naitra : "alors j'ai tout compris !" c'est la cristallisation délirante qui "éclate comme un coup de tonnerre dans un ciel serein" (Balvet). Le délire va ainsi représenter une relation substitutive et médiatisée avec les objets vivants et la réalité. Le malade réorganise ainsi sa personnalité selon ce nouveau mode de recréation ou de renaissance. Nous voyons que le délire est un

mode de relation, un mode de langage incorporé à la personne propre du malade. Il est une maladie de la personnalité. Cette conception est à l'origine de la classification des délires, non sur les mécanismes, ni sur les thèmes, mais selon la notion de structure dans la théorie de la forme ou Gestalt théorie : l'objet naturel de la perception est un ensemble indécomposable appréhendé par l'individu pour ce qu'il signifie pour lui ; la valeur de chacun des éléments de l'ensemble est déterminée par sa fonction de participation à la constitution de cet ensemble. En psychiatrie, la notion de structure cherche à dégager et à exprimer ce qui, dans un état morbide, représente les éléments fondamentaux fixés dans un assemblage cohérent. H. Ey qui s'inspire d'un néo-jaksonisme cherche à intégrer les travaux de Jakson et l'oeuvre de Bergson et de Freud. La notion de structure devient dynamique englobant les différents éléments dans leurs interréaction et dans l'évolution de la personnalité. Cette notion implique l'idée fondamentale d'une "évolution structurale et hiérarchisée" de l'être humain. Le trouble psychique parait donc être le résultat d'une dissolution de l'organisation actuelle du psychisme. Cette dissolution entrainerait un déficit direct mais également la libération des instances moins évoluées. Signes déficitaires et signes émergeants s'intègrent à un niveau d'organisation et constituent la structure de la personnalité délirante. Cette personnalité peut évoluer à son tour. La possibilité d'évoluer d'une structure à l'autre, observée en clinique, montre qu'il ne s'agit pas de cadres statiques et immuables.

Ainsi, les délires "post-mélancoliques" pourront être classés suivant deux grandes structures :

- la structure paranoïde caractérisée par l'aspect flou, mal systématisé du délire, qui est irrationnel, paraphrénique ou de structure schizophrénique

- la structure paranoïaque qui se caractérise par l'organisation systématisée et raisonnante à l'extrême du délire et par la cohérence de la personnalité.

2) Observation de Mr S. René né le 2.06.1903

Né en 1903, Mr S. est actuellement retraité E.D.F. Le début de ses troubles remonte à 1964. Auparavant, il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques connus ; marié, 4 enfants, on retrouve des nations d'éthylisme et en 1955 un traumatisme de la colonne vertébrale par accident du travail. Depuis cette date, Mr S. ne travaille plus régulièrement et apparait progressivement un état dépressif. En 1958, Mr S. est condamné à deux ans de prison pour attentat à la pudeur sur une petite fille de 12 ans ; à ce sujet, avait été réalisée une expertise : "débilité psycho-affective, fragilité névrotique, diminution du sens moral, atténuation dans une légère mesure de la responsabilité pénale". En fin de peine, à la prison de Tarbes, Mr S. avait présenté un état dépressif sévère, mélancolique, avec tentative de suicide et hospitalisation à l'höpital Psychiatrique de Lannemezan pendant trois ans où il s'était révélé "irritable, dépressif, insomniaque et sujet à des colères impulsives". De décembre 1962 à janvier 1963, il est hospitalisé pour la première fois à l'Hôpital du Vinatier pour un syndrome dépressif chronique traité par Surmontil et Nozinan.

En 1964, Mr S. présente selon l'observation de l'époque "un état d'agitation hypomaniaque avec idées délirantes de persécution et de revendication (ses fils voulaient le supprimer, l'E.D.F. voulait le révoquer, nombreuses plaintes de sa part au commissariat du quartier) ; après quelques jours de traitement par Largactil, Nozinan, Mr S. s'est un peu calmé, il semble moins hypomaniaque et apparait plutôt comme un paranoïaque avec délire de persécution et de revendication bien systématisé". "A noter le nombreux échecs tout au long de son existence". Toujours dans l'observation en 1964, "Il s'agit d'un grand paranoïaque, dans le service, il se montre agressif, revendicatif, prégnant, recherchant le contact, commandant à la place de tout le monde". Deux mois après il est noté "une grande amélioration avec prise de conscience de la réalité, c'est-à-dire qu'il comprend qu'il faut trouver une autre solution puisque sa femme ne veut plus de

lui ; les rapports avec ses enfants se sont normalisés". Sept mois après, toujours en 1964 il est dit "On a peine à imaginer que Mr S. se soit présenté comme un grand paranoïaque. Il somnole toute la journée, est déprimé, larmoyant, dit que tout est fini, a des idées de suicide ; le contact reste bon, il ne s'agit pas d'un rapport de forces, il se présente comme une victime".

En 1966, "essaie de renouer avec sa femme ; lui envoie de l'argent par mandat, n'a plus peur d'elle comme penedant la période délirante".

En 1970, Alors que Mr S., fermé dans sa surdité passe inaperçu, d'humeur égale, jamais apparemment ni déprimé, ni anxieux, il prend de lui-même l'initiative d'entrer dans une maison de repos ; on ne note plus de manifestations délirantes ou paranoïaques.

En décembre 1970, réhospitalisation ; l'entretien avec ses enfants est révélateur : "quand il est hospitalisé, il a un comportement tout-à-fait normal, mais à l'extérieur c'est indescriptible : il passe sa journée à écrire, à faire des démarches, à emprunter de l'argent, à acheter ; il découpe des femmes nues dans les journaux, il affiche De Gaulle sur tous les murs, il va voler dans les grands magasins, notamment les boites d'escargots. Il écrit de partout et répond à toutes les annonces du journal, il a énormément besoin d'argent, il achète des tas de choses ; il ne dort pas et réveille toute la maison".

En janvier 1971, on note : "Mr S. se trouve depuis quelques mois en état d'hypomanie".

En février 1971, "L'état hypomaniaque est remplacé par un comportement franchement paranoïaque avec plaintes au procureur, chantage vis-à-vis du médecin, menance de plastiquage". Trois mois après, on voit Mr S. semblant aller mieux, non hypomaniaque, non déprimé, sans trait paranoïaque vraiment caractérisé. Mais il méconnait toujours la morbidité de l'état qui a nécessité sa dernière hospitalisation. Quelques mois après, rechute , déprimé, anxieux, ébauche d'oméga mélancoli-

que, au bord des larmes, idées de suicide.
Entretien du 8.9.1971 avec le malade : "Je sens que j'ai besoin de me soigner les nerfs... J'ai les nerfs malades, je suis tout tremblotant du haut en bas, oui j'ai le noir... je fais de la neurasthénie et j'ai mal aux nerfs... j'ai besoin de prendre quelque chose pour les nerfs... Toute la journée, je pense à me suicider. Ma fille ne me veut plus. J'essaye de dormir pour tout oublier...". Mr S. parle peu, a le r gard anxieux, une ébauche d'oméga mélancolique sur le front, il tremble, il faut lui arracher les mots, bref il présente un état mélancolique anxieux indiscutable.

Cette longue observation dont nous reparlerons par la suite, montre qu'il s'agit d'une psychose maniaco-dépressive avec paranoïas transitoires au cours d'accès hypomaniaques chez un périodique évident, diagnostic porté après plus de dix années d'observation, alors que les certificats de situation en phase aigüe de 1964 sont pour le moins contradictoires :

- le 28.10.1964 : personnalité paranoïaque avec vive anxiété, état dépressif
- le 30.10.1964 : personnalité paranoïaque avec trouble du comportement, idées dépressives, anxiété, réactionnelles à une situation d'échec.
- le 17.03.1964 : caractère maniaque
- le 23.03.1964 : bouffée délirante de persécution et
- le 6.04.1964 : état délirant paranoïaque.

3) Observation de Mr A. Rémy âgé de 43 ans, né en 1930

Hospitalisé en 1968 pour dépression. Abandonné par sa femme il y a six ans pour coups et blessures ; éthylisme important. Il vit en concubinage quelque temps avec une femme plus jeune que lui dont il a un enfant, puis s'en sépare et, à cette occasion, fait un état dépressif. On note également une tentative de suicide un an auparavant et cinq séjours en Hôpital Psychiatrique dont quatre pour ivresse pathologique.

En 1968 (le 20 janvier), état dépressif important ; il rumine son passé, avoue ses ennuis professionnels, présente une insomnie totale, des cauchemarres, des vertiges, des céphalées. A cette date, Mr A. ne buvait plus. Il est traité par Nozinan, Elavil. Cet état dépressif persiste jusqu'en avril 1968 : "ça revient depuis une dizaine de jours, je dors mal" ; anorexie, triste, taciturne, rumine des idées de suicide ; angoisse très somatisée. Puis, en mai 1968, disparition des idées de suicide et mélange curieux de tristesse et de bonhommie. En 1969, reprise de l'éthylisme, change d'amplois fréquemment, vit avec une personne handicapée qu'il materne très bien, mais présente une susceptibilité importante. En février 1970, il est hospitalisé en urgence dans un état de grande agitation, ligoté sur un brancard ; à l'entretien, il est noté : "Mr A. a fait une tentative de suicide au Valium ; les voisins alertés par sa concubine ont appelé les pompiers qui l'ont transporté au pavillon d'urgence ; ramassé ensuite chez lui, Mr A. refait une tentative de suicide ; il les motive par un certain mécontentement avec une de ses soeurs qui parle derrière son dos, complote contre lui ; Mr A. désire changer d'appartement pour ne plus avoir ses mauvais voisins qui lui ont fait du mal ; on le traite de fou et on lui met du sucre dans son réservoir d'essence". En janvier 1971, amélioration, reprise d'un contact excellent, absence de dépression ; Mr A. se décrit lui-même comme impulsif, susceptible, logorrhéïque. Il avait épousé, il y a quinze ans une fille mère de deux enfants, pour l'aider, et récemment a épousé la femme avec qui il vivait "pour faire quelque chose de bien dans ma vie" : celle-ci est, rappelons-le très handicapée.

En septembre 1972, reprise de l'excitation : anxiété, dispute avec les voisins, persécution (on lui met du sucre dans le réservoir d'essence) qui nécessitent une nouvelle hospitalisation ; il ne tient plus en place, très agité, il fugue en maillot de corps. Il est ramené au pavillon, souriant, avec un bon contact mais on note "mon meilleur copain m'a joué un mauvais tour, j'enverrai une lettre à

Madame Pompidou, je porterai plainte contre la police et ce camarade" ; fugue à nouveau.

En novembre 1972 : nette amélioration ; le malade dit : "les autres fois, cela n'allait pas, c'était les nerfs, j'étais malade, j'en voulais à tout le monde ; j'avais de la haine pour les gens, même pour vous, et je ne me rendais pas compte que j'étais malade". Donc, maniaco-dépressif typique, critiquant très bien les épisodes maniaques engendrant un délire de persécution d'évolution parallèle ou trouble de l'humeur.

4) Observation de Mr C. Pierre, âgé de 27 ans, né le 7.6.1944

Le début de l'histoire remonte à 1971 ; il s'agit d'un malade ayant eu une enfance malheureuse, une forte hérédité alcoolique. Il fut réformé pour dépression nerveuse. Il est hospitalisé d'urgence en 1971 à la suite d'un épisode d'excitation avec éléments persécutoires. Lors de l'hospitalisation, on note : une conjugopathie certaine : il dit vouloir rendre sa femme et ses enfants heureux, mais avoue une mésentente sur le plan sexuel ; il demande souvent de l'argent à sa femme et la brutalise fréquemment. Il dit avoir présenté un état dépressif il y a quelques années, qu'il met en rapport avec un "excès sexuel" avant son mariage. Son récit est entrecoupé de crises de larmes. Sa femme nous le décrit comme : "il se prend pour le Général de Gaulle, pour une lumière ; il veut toujours avoir raison, se dit très intelligent, ne s'accorde avec personne, dit que tout le monde lui veut du mal, cherche querelle tout le temps". Mr C. reconnait d'ailleurs qu'il est insupportable au travail, se surestime, se dispute fréquemment.

Le diagnostic en 1971 : "possibilité d'existence d'une note paranoïaque avec surestimation de soi, méfiance, susceptibilité, mais pas d'affirmation d'un syndrome délirant : délire de jalousie ou de persécution ?".

D'autres entretiens, tant avec le malade qu'avec sa femme nous révèlent que les idées de suicide chez Mr C. sont forts anciennes ; d'autre part, confiance en soi inébranlable, surestimation de soi caricaturale, persécution (il croit les médecins associés avec sa femme contre lui) ; extrêmement autoritaire, il dépense énormément d'argent en vêtements, en outils, en voitures ; il reproche à son épouse une frigidité aussitôt démentie par une affirmation contraire : "je suis la victime de ma femme, dont l'avidité sexuelle m'a vidé".

En juin 1971, Mr C. reconnaît qu'il a un peu de "persécution et beaucoup de susceptibilité"."Je suis frustré, je n'ai pas d'affection ni de tendresse ; depuis quelques temps ma femme est devenue masculine car elle se refuse à moi..." puis il dit : "je ne suis pas un homosexuel". "La société me prend pour un imbécile et un c.. Vous savez, ce n'est pas drôle d'être très intelligent car cela m'empêche de mener une existence comme tout le monde, ma femme ne le comprend pas, je vois bien qu'elle me repousse car elle pense que je suis fou".

En septembre 1971, deuxième hospitalisation "pour état anxieux et dépressif très marqué ; état dépressif mélancolique secondaire à ce que l'on doit considérer maintenant comme ayant été un épisode d'excitation maniaque lors de son premier séjour" ; diagnostic confirmé par le malade lui-même qui décrit son premier séjour en ces termes : "Lors de mon premier séjour, j'étais excité, je faisais des lettres, des bêtises ; quand on m'écrivait, je répondais insolemment ; j'avais la folie des grandeurs et cela durait depuis deux à trois mois environ".

Il semble que chez Mr C. le problème de l'impuissance soit nettement antérieur à son hospitalisation, c'est le premier symptôme objectif en tout cas ; il est à la base de la construction du délire de persécution lors de son excitation maniaque, suivi d'un épisode mélancolique. Mais, y-a-t-il une constitution paranoïaque avec homosexualité latente et mégalomanie ? ; lettre du mari en réponse à sa femme au sujet du divorce envisagé : "Sur le plan sexuel, je n'ai jamais pu

être attiré par toi ; cela se comprend car je n'ai aucune prédisposition homosexuelle..." ; réponses stéréotypées, pauvres, reprenant point par point la lettre de sa femme ; écriture grande, vaste, remplie de majuscules et de points faisant penser à un mégalomane ou à un obsessionnel. Et, en 1973, Mr C. ajoute : "je suis heureux toujours seul, pourquoi prendre une femme, pour la regarder dans le blanc des yeux ; je n'ai pas de collègues, je suis un solitaire".

En 1972 et en 1973, Mr C. présente en outre ou plutôt continue à présenter des variations cyclothymiques avec alternance de dépressions (pleure, plaintes hypocondriaques, se plaint de son passé, cherche à revoir sa femme, veut se consacrer à ses enfants) et d'euphorie.

5) Observation de Mr R. Antoine né en 1904

Malade adressé en 1970 pour "délire de persécution avec agitation et subconfusion chez un éthylique". On ne signale pas d'antécédents psychiatriques. A l'entrée, le malade est volubile, euphorique, rejettant la responsabilité de l'hospitalisation sur sa femme et sa soeur ; logorrhée, familiarité, raconte dans le détail les déceptions sentimentales de sa fille. Il dormait peu depuis longtemps, nie tout trouble caractériels hormis quelques petites disputes avec les voisins. Mr R. aurait fait trois accès identiques il y a quelques années. Un mois après son entrée, Mr R. est toujours volubile, légère fuite des idées, racontant avec humour son "enlèvement" car il est en placement d'office. L'entretien avec le mari montre la présence d'idées de persécution : "j'ai toujours été trompé, contrarié ; ma fille a été détournée par des garçons et ma femme la soutenait". L'entretien avec son épouse éclaire la personnalité de Mr R. : "mon mari a toujours eu un caractère épouvantable ; il a toujours eu la maladie de la persécution, s'imaginant qu'on lui fait du mal, que ses voisins viennent prendre son vin dans la cave ; il est très jaloux, croit tout le temps que j'ai des amoureux,

m'en a cité des milliers, des hommes que je connaissais à peine". Elle confirme l'alcoolisme ancien du mari et la jalousie morbide de celui-ci, source de conjugopathie.

En 1971, par contre, en consultation, Mr R. va très bien, a mis fin à son alcoolisme, ne buvant que de l'eau. Son épouse confirme la transformation de son mari : "la vie a totalement changé ; il devient charmant. Il est loin d'être prolixe et ne tient pas une conversation prolongée".

Une chose est à remarquer, c'est que depuis que Mr R. a mis fin à son éthylisme, le délire de jalousie morbide, de persécutions avec hypomanie, Mme R. devient dépressive, "ruminant" son passé, idées noires, désir de suicide : "un de mes frères s'est suicidé, une tante paternelle s'est également suicidée ; ma mère était nerveuse et moi-même suis d'un tempérament identique ; ma fille devient également éthylique".

En 1972, nouvel essor de la conjugopathie : la femme : "va mieux, mais elle ne supporte pas de contrariétés, reparle des suicides dans sa famille" ; "mon mari recommence à boire, il se plaint toujours, il s'aime beaucoup et a peur de mourir", il se croit plus malheureux que les autres.

Cette observation met en évidence le rôle de l'éthylisme dans les maladies mentales et particulièrement dans cette conjugopathie ; éthylisme morbide chez ce couple sado-masochiste qui se traduit en 1970 par un délire de jalousie et de persécution sur un fond hypomaniaque, puis en 1971-72, lors de l'amélioration du mari, par une décompensation névrotique de la femme.

6) Observation de Mr L. Didier, âgé de 33 ans, né le 14.12.39

Le malade est hospitalisé en placement d'office d'urgence en 1972, à l'occasion d'un épisode de colère clastique. Il s'est rendu chez sa femme (dont il est séparé), l'a frappée, puis a brisé les meubles. Depuis 1966, on signale plusieurs accès analogues. Suivi depuis longue date en clinique psychiatrique pour des "accès de dépression et d'excitation".

Garçon de café, séparé de sa femme depuis 1966, il a deux enfants. A l'âge de 18 ans, il aurait eu une cure de Sakel. L'entretien avec le père confirme les phases d'excitation suivies de dépression "il était très excité, dépensait tout l'argent que je lui donnais ; rode en voiture, voit tout en grand ; a l'air très raisonnable pendant un moment, puis après il est impulsif ; il ne veut pas prendre de responsabilité, il ne se sent pas de taille".

De même, l'entretien avec le malade montre l'état d'excitation dans lequel il s'est rendu à LYON chez sa femme : "Je me sentais très fort, très puissant, j'avais envie d'écrire, de me déplacer, je me sentais bien". Il ne regrette pas son geste, "c'était pour lui montrer qu'il ne fallait pas s'attacher aux biens matériels".

En somme, le diagnostic porté dans l'observation est celui "d'état d'exaltation passionnelle alimenté par son différent avec sa femme ; état d'excitation psycho-motrice avec des éléments maniaques ; énormes éléments névrotiques". On est frappé par la rigidité de la pensée de ce malade qui poursuit son idée, qui est très sûr de lui. Avant son arrivée à LYON, Mr L. avait écrit une lettre très gentille à son ex-femme pour lui annoncer son arrivée et lui présenter sa fiancée. Le soir-même, Mr L. fsisait cette arrivée mouvementée chez elle.

Dix jours plus tard, nouvel entretien avec le malade : "Mr L. admet qu'il n'était pas dans un état normal, il était en crise, en pleine période de création, en pleine période géniale... C'est le moment où je me donne à tout ce que j'entreprends, où je sonde les limites du possible... J'avais entrepris de voir combien de temps je pouvais rester sans dormir... et quand je vis entre l'exaltation et la dépression... j'ai des périodes de passage normal que j'appelle une vie de c... Là j'ai rien à dire, je ne pense à rien... puis arrive un moment où j'explose soit en haut, soit en bas... c'est ce qui m'a fait chanter comme un fou quand je suis arrivé ici... J'arrive à ce moment à m'évader, à vivre dans un autre monde, je me sens très bien, mais par rapport aux autres, je ne suis pas dans un état normal.".

Il s'agit d'un problème diagnostic difficile car il existe des traits schizoïdes pendant les périodes intercritiques avec refuge dans l'imaginaire, le fantasmatique

et des difficultés d'insertion dans le réel. Les épisodes "critiques" présentés ici ont toujours comporté une partie assez logique, sans éléments franchement délirants et encore moins hallucinatoires.

7) Expertise de Mr F. né à Toulon le 2 décembre 1916
(Docteur BONNET - Décembre 1968

"Vous avez dit à mon épouse que j'avais l'amour de l'appareil judiciaire. Détrompez-vous ! j'ai l'amour (avec un grand A) de la Justice... et la haine (avec un grand H) de l'injustice. Si j'étais un sage (philosophe bêlant), je ne devrais pas avoir de haine. Admettons donc que je sois un sage. J'ai donc l'amour de la Justice. Mais quand on a l'amour de la Justice, on est bien obligé de réagir face aux injustices. Cela devient un cercle vicieux, mais qu'y faire ?".

Mr F. est inculpé d'outrages par écrits non publics à un Commandant de la force publique et dénonciation calomnieuse. A la suite d'une contravention pour "circulation à gauche dans un virage sans visibilité" L'inculpé, estimant cette contravention abusive et motivée par des rancunes personnelles de l'adjudant P, adressa au Juge d'Y. des lettres outrageantes à l'égard de cet adjudant.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques ; abandonné à l'âge de 2 ans, avec sa mère, par son père. Fils unique élevé par sa mère et sa grand-mère. Il a le niveau du C.E.P. mais estime posséder un bagage équivalent à la première partie du baccalauréat. En 1936, il est incorporé aux armées puis en 1938 est reconnu inapte aux troupes coloniales par un neuro-psychiatre ; il déserte car s'estime mal soigné. En 1940, deux ans de prison pour sa désertion. En 1941, déserte à nouveau, est condamné à sept ans de prison puis en 1943 fait une tentative de suicide. A l'hôpital Desgenettes, il est classé comme "débile mental léger". En 1948, il sort de prison et se fait chanteur de "music-

hall" où il ne réussit pas "à cause de son honnêteté professionnelle". Marié une première fois en 1938, deux enfants, un divorce fut prononcé en 1946 aux torts réciproques. Remarié en 1953 avec une institutrice. Il travaille comme photographe au "Progrès" mais entre en conflit avec ce journal auquel il reprochait de ne pas l'avoir inscrit à la Sécurité Sociale. Il est finalement congédié.

En 1962, expertise psychiatrique : "délire de persécution à forme interprétative". En 1963, nouvelle expertise psychiatrique : "idées délirantes de revendication sur un caractère de structure paranoïaque, le mettant en état de démence au sens de l'article 64 du code Pénal.

Lors de l'examen : malade calme, détendu, sûr de lui, ironique, parfois blasé et condescendant. Il s'dxplique avec forces détails, manie le paradoxe et l'ironie, appuie ses idées de nombreux certificats et photocopies. L'intelligence et la mémoire sont bonnes. L'Humeur ne montre pas de variations pathologiques. Divers traits de caractère dominent le tableau. La présentation détendue, l'air parfois hautain souvent ironique voire caustique indique une surestimation de soi. Il est certain d'avoir raison, son point de vue est seul valable. Extrêmement rigide dans ses principes, hypermoral, révolté par la moindre injustice dont il est victime, mais aussi par les petites injustices qu'il peut avoir vu autour de lui. Facilement quérulent, il n'hésite pas à entamer des procès. Il trouve une justification spécieuse à tout ce qu'il fait, critique et réfute les moindres détails des accusations portées contre lui. Il est méfiant, se présente avec des "témoins" à la convocation et manifeste un entêtement sans bornes dans la recherche de la justice, même contre son intérêt final lorsqu'il croit être dans son droit. Sa femme confirme le tableau décrit ci-dessus et y ajoute : véritable souffrance devant la moindre injustice, il est entrainé dans une révolte aveugle et impossible à raisonner. Le changement de milieu, l'atmosphère de vacances, peuvent amener temporairement une attitude plus détendue.

Donc, le diagnostic de paranoïa est certain avec des interprétations morbides inébranlables quant aux persécutions dont il se croit l'objet ; trouble du caractère avec sa fierté, méfiance, quérulence, principes rigides, entêtement morbide, désir de justice poussé à l'extrême et les arguments spéciaux et passionnels pour "soutenir ses droits".

En conclusion, caractère paranoïaque avec interprétations morbides passionnelles.

En somme, ces sept observations montrent que les problèmes diagnostics et pronostics, en psychiatrie et notamment au sujet de la paranoïa et des troubles de l'humeur, se posent de manière différente, selon que l'on se trouve en phase aigüe d'agitation et/ou de délire devant un malade dont on ne reconnait pas l'histoire clinique, ou selon que l'on considère l'évolution sur une ou plusieurs années. Dans le premier cas ou phase aigüe, toutes les chances sont réunies pour poser un diagnostic erroné, dans le deuxième cas c'est un diagnostic de personnalité qu'il importera de porter en sachant bien que celle-ci peut encore évoluer ou se modifier ; mais dans les deux cas, chaque fois qu'entre en jeu un problème de personnalité, c'est l'évolution à long terme qui tranchera.

Il apparait que le délire reste longtemps inaperçu aux yeux de la famille, de l'entourage du malade surtout lorsqu'il s'agit d'un délire interprétatif ; en effet, les délires paranoïaques se déroulent dans l'ordre, la cohésion, la clarté. Dans les antécédents des malades se retrouvent le plus fréquemment des états dépressifs qui précédent l'accès délirant de plusieurs années parfois. On note par ailleurs la fréquence de l'éthylisme et des facteurs sociaux provoquant une "tension de l'amour-propre dans une situation opprimante" (Kretschmer). L'observation de Mr F. (expertise faite par le Dr BONNET), paranoïaque typique avec interprétations délirantes passionnelles montre la conservation frap-

pante de l'activité mentale à côté des troubles délirants manifestes ; elle souligne la réticence et la dissimulation au début du délire paranoïaque : Sérieux et Capgras écrivent : "Ces conceptions délirantes restent souvent tenues secrêtes. La dissimulation est si fréquente qu'on pourrait presque la considérer comme un symptôme.. Dissimulation qui manque chez le délirant persécuté hypomaniaque. D'autre part, le délire s'appuie à peu près exclusivement sur les données exactes d des sens et de la sensibilité interne ; tout est interprété et interprétable pour former un monde uniquement signifiant, libéré de la contingence et du hasard. Le moralisme affecté par Mr F. est une fausse morale, une morale exigeante rappelant le Tartuffe de Molière, fausse morale qui consiste à accuser systématiquement les autres sans pratiquer soi-même les principes que l'on brandit ; c'est une morale de Justicier mais qui cherche avant tout la dévalorisation des autres en vue de leur domination. La différence qu'il peut y avoir entre un délire de persécution en phase maniaque ou hypomaniaque (comme dans l'observation N° 2 de Mr A. Rémy) et le paranoïaque typique (comme Mr F. dans la dernière observation) se situe souvent au niveau du passage à l'acte. Les malades en phase maniaque se plaignent sans cesse du mal qu'on leur fait, mais ne sont pas des persécuteurs actifs ; ils fuient la plupart du temps leurs persécuteurs. Le paranoïaque, lui, mérite le terme de persécuté-persécuteur ; son activité revendicatrice est énorme ; il persécute et souvent il persécute avant tout ses bienfaiteurs (sécurité sociale, ami, médecin). Alors que les malades décrits dans la deuxième et la troisième observation sont, en phase d'excitation, violents, querelleurs, agressifs, déchainés, le paranoïaque vrai comme Mr F. (N° 7) se présente sous une apparente douceur ; il suscite la compassion. Ainsi, si par bon coeur on est pris au piège de la "séduction" paranoïaque (par ses arguments) et que l'on prenne une part active à ses plaintes, on est pris au piège et quand il a obtenu la maitrise relationnelle, on le voit alors se retourner brutalement contre son bienfaiteur. C'est un argument diagnostic de valeur, mais qui ne peut être mis en valeur qu'après de nombreux entretiens car le malade

agit à bas-bruit, par des insinuations, des plaintes douce-rueses, des calomnies habiles, des flatteries, des intrigues ; il utilise bien entendu les méthodes juridiques avec facilité ; ainsi le paranoïaque vrai est un faussaire et un exploiteur de la morale. Nous avions vu que tout différent était le cas du maniaque d'allure paranoïaque tel que Mr A. Rémy : celui-ci est un "feu de paille", il passe très vite aux actes violents si l'on tente de mettre un frein, un barrage à son expansivité. Ce comportement violent retrouvé dans toutes nos observations de maniaco-dépressifs est plus en rapport avec la manie qu'avec la paranoïa. Cette violence face aux obstacles ne fait pas suite à toute une phase de dissimulation du délire, mais par contre fait souvent suite à un comportement mensonger et presque mythomaniaque (rappelons-nous la lettre de Mr L. Didier à sa femme) avec des démonstrations et des manifestations spectaculaires typiquement hypomaniaques (Mr L. rentre chez sa femme, casse les meubles). L'évolution du délire est également démonstrative. Si le délire d'interprétation se développe en réseau et si le délire passionnel s'organise en secteur à partir d'un postulat fondamental, il y a dans les deux cas une extension progressive du délire, sans qu'il y ait d'ailleurs aucun affaiblissement psychique ; parfois même les idées délirantes peuvent être contagieuses et l'on décrit des folies à deux, à trois, à plusieurs, on peut même envisager de parler de communautés, voire de sociétés paranoïaques. Chez le maniaco-dépressif, l'évolution nettement périodique des accès et du caractère et la présence d'antécédents héréditaires et familiaux sont caractéristiques ; l'évolution, là encore, tranchera entre une paranoïa transitoire au cours d'accès hypomaniaques pouvant durer fort longtemps et une paranoïa vraie sans dysthymie.

Ainsi, en phase aigüe, la seule chance de ne pas porter un diagnostic erroné, est d'étudier avec insistance le début et l'évolution de la maladie et non son issue et son parcours. Le principe de la recherche de Kraepelin, qui met un accent particulier sur ces points, trouve dans la théorie de la paranoïa un complément nécessaire. Ainsi, dans la paranoïa, c'est une personnalité donnée qui délire, une per-

sonnalité perturbée qui, peu à peu, par un travail souterrain élabore un système de persécution : persécuteur-persécuté, le caractère paranoïaque est devenu un délire parnnoïaque. Tandis que dans la psychose maniaco-dépressive, le délire se constitue sans continuité fondamentale avec les dispositions psychiques antérieures à la maladie.

Les différentes observations telles que celle de Mr S. René, Mr R. Antoine (délire de jalousie éthylique sur fond hypomaniaque) montrent qu'il existe incontestablement et fréquemment des paranoïas transitoires (c'est-à-dire un délire systématisé impossible à différencier d'une paranoïa chronique) au cours d'accès hypomaniaques ou maniaques chez des périodiques évidents. A ce sujet, Achille Delmas a rapproché Hitler des paranoïaques sur un fond de psychose périodique. Rappelons encore les travaux de Magnan et de Legrain sur les délires systématisés passagers au cours des folies intermittentes, les travaux de Taguet sur le "délire intermittent", ceux de Ragonet sur le délire de persécution sur fond maniaque. L'observation n° 3 de Mr C. Pierre nous montre l'installation d'un délire de persécution en phase maniaque chez un sujet présentant des variations cycliques de l'humeur mais en outre vraisemblablement une constitution paranoïaque. L'exaltation maniaque sert, en quelque sorte, de catalyseur dans la transformation caractère-délire. Le délire disparait lorsque l'exaltation maniaque fait place à un état dépressif mélancolique.

A long terme, c'est un diagnostic de personnalité qu'il importera de porter. Il importe d'établir une distinction entre le caractère et la personnalité.

Le caractère, selon Lagache, est "l'ensemble des dispositions et attitudes qui commandent la manière d'être et de réagir de l'individu dans ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même". Widlocher en étend la notion au groupe : "le caractère, signe gravé, marque au départ ce qui permet d'iden-

tifier l'individu ou le groupe, de les reconnaitre". Le caractère marque donc la dimension subjective de la situation, reflétant certains aspects de la personnalité au niveau du comportement manifeste.

La personnalité, par opposition, est un "modèle théorique qui permet d'expliquer et de prévoir les conduites de l'individu". Quant au tempérament, il correspond aux dispositions innées, physiques, qui interfèrent avec les facteurs acquis.

Nous savons, depuis Freud, que le symptôme résulte d'une réaction conflictuelle entre le désir venu du ça "réservoir des pulsions" et les interdits énoncés par le Surmoi "instance interdictrice irrationnelle". Cette notion de symptôme fait intervenir celle de refoulement puisque le rôle des symptômes névrotiques est de produire des satisfactions substitutives des pulsions interdites et refoulées comme telles. Mais ce refoulement qui est à l'origine des symptômes, est aussi à l'origine des traits de caractère. Ceux-ci relèvent du mécanisme de la formation réactionnelle. Enfin, à côté du refoulement existe un autre mécanisme dénommé sublimation.

Combinaison des "sublimations et des formations réactionnelles" (Freud), le caractère a été organisé par le Moi au cours d'une évolution historique maturante par une adaptation progressive des exigences pulsionnelles à celles de la réalité et du Surmoi. Cette évolution maturante repose également sur l'apport biologique, c'est-à-dire sur l'hérédité et la constitution.

Morbide ou non morbide, le caractère est toujours plus ou moins posé en référence à une certaine norme. Cette référence à la norme et à la culture du groupe social est très importante dans notre sujet. D'autre part, s'il existe une constance structurale des aménagements dégensifs du caractère, cette constance n'est pas forcément toujours impliquée dans les manifestations sociales extérieures, et cer-

tains comportements sont très sensibles à l'environnement, à l'entourage. Il est donc nécessaire de tenir compte de la permanente inter-action existant entre un sujet et le milieu dans lequel il vit. Le groupe, le milieu ont eux aussi leur propre texture caractérielle et une capacité de tolérance définie en face de tel ou tel sujet. Quoi qu'il en soit, l'un des aspects les plus importants signant l'organisation défensive d'un trait de caractère est sa rigidité, son maintien ayant pour but d'empêcher l'apparition de l'angoisse. C'est donc sur le sur-développement, l'hypertrophie, le degré d'adaptation sociale et les possibilités d'adaptation professionnelle qu'il permet que l'on sera amené en pratique à évaluer la nature plus ou moins névrotique de tels ou tels traits de caractère. Ces altérations caractérielles peuvent si intensément infiltrer et aveugler le Moi qu'elles déforment considérablement le sens de la réalité du sujet. Il existe ainsi des paranoïas de caractère sans délire de persécution véritable : c'est l'ensemble de l'existence du sujet qui est organisée sur un mode obligatoirement et rigidement persécutoire et intensément projectif.

Ainsi, tout au long de l'existence du paranoïaque et de manière permanente peuvent se retrouver l'hypertrophie du Moi (préface aux idées de grandeur) en rapport avec une sensibilité exacerbée à tout ce qui le concerne (égocentrisme). Cette surestimation de soi-même entraine une emprise despotique sur l'entourage familial contrastant parfois avec une soumission plate aux supérieurs. "L'autre n'a jamais d'existence réelle dans leur expérience" Lantéri-Laura.

La méfiance (préface aux idées de persécution) est selon Clérambault, le trait de caractère le plus fondamental des paranoïaques, elle laisse l'observateur à une certaine distance et idole le paranoïaque de plus en plus.

La fausseté du jugement (préface à l'interprétation délirante), l'amour malheureux de la logique comme l'écrit

Montassut, leur entêtement inébranlable, fait parler de psychorigidité. La pensée est entièrement subjective, le raisonnement est égocentrique, sans aucune auto-critique. Mais il n'y a pas de diminution des capacités intellectuelles ni du jugement au sens psychométrique du mot.

L'inadoptabilité sociale est le quatrième trait de caractère qui pose le plus de problèmes, car il fait entrer en jeu les conceptions morales et politiques du psychiatre. Il est des paranoïaques qui réussissent très bien socialement, mais le plus souvent les troubles du caractère sont trop importants pour permettre un succès ; parfois même, l'échec est recherché, d'où l'ennui, lisolement, le bavarisme et les conduites anti-sociales : révolte, pamphlets, protestations, plaintes, comportement agressif.

Il faut également insister sur le rapport fréquent de la paranoïa avec l'hypocondrie et l'homosexualité latente ou manifeste.

Soulignons à nouveau que le diagnostic doit être assuré par la stabilité et la permanence des anomalies du caractère et des relations avec autrui, grâce à une étude détaillée de l'anamnèse du sujet. Dans tous les cas, il se dégage de l'entretien l'impression de rigidité dans le contact relationnel ; le paranoïaque est toujours dans une relation rigide avec l'autre, ne le reconnaissant jamais comme tel. Rappelons qu'à côté des paranoïaques hypersthéniques, Kretschmer a décrit des paranoïaques asthéniques (délire de relation des sensitifs) dont il a décrit la personnalité : "ces sujets de type sensitifs, écrit Kretschmer, montrent une extrême impressionnabilité, une sensibilité extrêmement accessible et inaltérable, mais par ailleurs une certaine dose constante d'ambition et de ténacité. Les représentants achevés de ce type sont des personnalités compliquées très intelligentes, d'une haute valeur, des hommes à la sensibilité fine et profonde, d'une éthique scrupuleuse et dont la vie du coeur est d'une délicatesse excessive et d'une ardeur

toute intériorisée ; ils sont des victimes prédestinées de toutes les duretés de la vie, ils renferment profondément en eux-mêmes la constance et la tension de leurs sentiments et ils ont des capacités raffinées d'introspection et d'autocritique. Ils sont très susceptibles et opiniâtres, mais avec cela, particulièrement capables d'amour et de confiance. Ils ont pour eux-mêmes une juste estime et sont pourtant timides et pleins d'insécurité quamd il s'agit de se produire, tournés vers eux-mêmes et pourtant ouverts et philantropes, mais d'une volonté ambitieuse et ont de très hautes vertus sociales".

Est-il possible de décrire, parallèlement au caractère paranoïaque, un caractère sur lequel se constitue la psychose périodique maniaco-dépressive ? La psychose M.D. se constitue sur un fond cyclothymique du tempérament et du caractère, ce fond est souvent retrouvé dans les antécédents héréditaires du sujet.

Dans son livre "Körperbau und Charakter", Kretschmer analyse très méthodiquement le type pycnique (breviligne, mains larges et courtes, cou bref, clavicules minces, tendance à l'embonpoint localisé au tronc, à l'abdomen, visage rond, court, de forme pentagonale et plate, tendance à la calvitie, peau de couleur rosée ou rouge). Les cycloïdes qui correspondent à cette biotypologie pycnique sont sociables, bons, aimables, vifs, emportés, tranquilles et doux. Il y a quelque chose de "doux" et de "chaud" en eux ; ils comprennent la plaisanterie, leur colère est brusque. Avec la société, ils se montrent affables, naturels et accessibles. Leur tonalité affective varie très largement entre la gaîté et la tristesse. Enfin, au point de vue social, les cycloïdes sont des natures pratiques, "l'état affectif est tout, la réflexion est nulle".

D'innombrables travaux et statistiques ont été consacrés aux relations entre ce biotype, ce tempérament et la P.M.D. Il existe certes une corrélation, mais elle n'est pas

absolue entre ces trois ordres de faits.

Mais la P.M.D. est une crise existentielle de la condition humaine. Binswanger a décrit l'homme maniaco-dépressif comme un homme antinomique par excellence : "Là Dieu, là Diable - ici bon, là méchant - ici blanc, là noir". Il vit dans le contraste, oscillant depuis l'exubérance du désir jusqu'à la culpabilité du péché ; mais ce qui défèrencie l'homme maniaco-dépressif des autres, c'est que cette antinomie est plus intense. Elle est l'expression d'un besoin fondamental d'extrémisme existentiel qui ne s'accomode ni des "justes milieux" ni même de l'une ou de l'autre des positions extrêmes ; il s'agit d'un déséquilibre qui n'est pas seulement un contraste entre les phases de l'existence de l'homme M.D., mais qui gît au fond de lui-même et constitue le rythme profond de sa vie. Cette personnalité va de pair le plus souvent avec un certain biotype et un certain tempérament pycnique, syntone et cyclothyme ; c'est aussi un mode d'existence pris depuis son origine dans un conflit entre des tendances à se satisfaire et des tendances à se punir. Tantôt c'est l'exaltation qui est l'attitude de surface, tantôt c'est l'angoisse. Tout ceci a bien été décrit par l'école psychanalytique, mais il est intéressant de le rappeler car elle montre que l'enracinement des crises n'est pas seulement dans la structure génotypique de l'être, dans la forme de son corps ou dans le bouleversement que l'émotion répand dans ses humeurs, mais dans l'organisation même de sa personne. La manie a été la moins étudiée des deux crises antagonistes car elle représente dans le jeu des tendances antinomiques le pôle positif, celui de la satisfaction directe des besoins et des pulsions ; puisque la dépression est liée à cette étroite dépendance vis-à-vis de "l'objet", le maniaque va inverser ce type de rapport ; puisque la dépression est liée à l'attention apportée au monde intérieur qui contient un objet interne hautement valorisé, les défenses maniaques vont dénier à cet objet toute valeur et tout intérêt pour le Moi. C'est ainsi que la relation d'objet maniaque se caractérise par la triade contrôle-triomphe-mépris. Le maniaque satisfait donc les exigences les

plus profondes. "Il se laisse aller". Ce caractère de "festivité", mis en évidence par les analyses de Binswanger, nous renvoie à la gloutonnerie, à cette insatiable soif de "tout avaler" qui est la base existentielle de la crise de manie. Le "repas totémique", le "festin cannibalique", l'incorporation de l'objet aimé marquent la conquête du monde maniaque dans l'élan d'un immense besoin de se rendre maître de tout, de tous, et de soi-même.

Le mélancolique, lui, a râté l'élaboration de la position dépressive (M. Klein) ; les objets internes du mélancolique sont détruits et assimilés à ce monde intérieur destructeur et mauvais : tout est pourri à l'intérieur du mélancolique et la moindre perte d'objet ranime ce sentiment ; l'agressivité ressentie par le mélancolique devant une perte d'objet est aussitôt dirigée contre le Moi identifié à ses objets internes. Sommer en 1949 souligna le conflit interne du maniaco-dépressif : il y a, dit-il, d'un côté l'être libéré au maximum de ce qui s'oppose à l'expansion de sa vie, et d'un autre côté l'être menacé et écrasé et c'est dans les conduites de solution ou de résolution de ce conflit interne que Sommer voit l'unité fondamentale d'une réaction qui, maniaque ou mélancolique, tend toujours à faire sortir l'homme maniaco-dépressif de l'ambiguïté insupportable, du malaise intérieur qui le déchire. Le sens de la crise, vers la manie ou la mélancolie pourrait dépendre de la situation existentielle actuelle. Ces conditions actuelles sont réalisées par l'ensemble même de l'histoire présente et passée qui constitue précisément dans son aboutissement, pour chacun de nous, le problème actuel. Le plus souvent, d'autre part, et la clinique est là pour le montrer, la crise est vécue comme une "abréaction" gênante mais résolutive, qui s'efface comme un cauchemarre ; on peut même remarquer que le malade en est presque honteux surtout après les crises de manie. Mais parfois; la crise est une épreuve cruciale modificatrice du destin du malade. Ainsi qu'elle soit vécue comme un "corps étranger" ou qu'elle se prolonge en système de valeurs morales, (KJ Schneider en 1950 avait mis en discussion ces deux

hypothèses), toutes ces éventualités nous renvoient au problème des relations de la psychose périodique maniaco-dépressive avec la pathologie de la conscience et la pathologie de la personnalité.

**

En résumé, un grand nombre de médecins se représentent la paranoïa comme un état constitutionnel préformé, permanent, définitif et inaccessible à toute modification. Cette conception statique et fataliste méconnait plusieurs points : tout d'abord les travaux de nombreux auteurs confirmés par les observations présentées dans cette thèse montrent qu'il existe fréquemment des paranoïas transitoires au cours de troubles de l'humeur soit dans le sens de la manie, soit dans le sens de la dépression. L'ignorance de ces rapports peut avoir de graves conséquences médico-légales et thérapeutiques en qualifiant de paranoïaques constitutionnels des sujets périodiques hypomaniaques ou dépressifs, ce qui a pour effet généralement de les priver d'un traitement efficace et de les condamner parfois à des hospitalisations prolongées qui auraient pu être évitées. D'autre part, nous avons cherché à montrer les différences pouvant séparer un délire de persécution au cours d'une manie ou d'une mélancolie et le persécuté persécuteur paranoïaque ; tous les sujets violents, querelleurs, agressifs, déchainés, ne sont pas obligatoirement des paranoïaques. Ceci est encore source de nombreux diagnostics intempestifs et erronés. Très souvent, le délire de persécution est établi sur de simples présomptions et nous avons vu qu'une enquête tant étiologique que familiale poussée, la recherche d'une conjugopathie ou plus largement d'une pathologie du milieu environnant, l'évolution surtout, parfois sur de nombreuses années, avec des examens répétés et prolongés sont nécessaires pour trancher le problème, car n'oublions pas que le diagnostic erroné de paranoïa peut ruiner la vie et la carrière d'un homme. Ce pessimisme est tempéré par les différents travaux qui ont rendu ces personnalités accessibles, surtout s'il s'agit de formations paranoïaques fraiches et récentes, à l'abord psychothérapique. Des perspectives d'avenir sont ouvertes par les recherches en thérapie familiale et sur la notion d'une pathologie de groupes.
La paranoïa sensitive, par ailleurs, se montre beaucoup plus accessible au traitement, notamment aux antidépresseurs.

CONCLUSION

1) Sous le terme de Paranoïa, entité dont l'individualisation est fort-ancienne, on entend habituellement :

- soit un ensemble de traits pathologiques du caractère
- soit un groupe de psychoses présentant des aspects cliniques et évolutifs similaires permettant de penser qu'elles représentent la décompensation sous forme psychotique des troubles du caractère paranoïaque.

Dans les deux cas, on estime en général les troubles très intégrés à la personnalité du sujet et peu susceptible de modifications, soit spontanées, soit sous l'influence des différentes thérapeutiques, psychologique et biologiques

2) Cette définition de la paranoïa n'englobe cependant pas tous les faits. Beaucoup d'auteurs ont décrit des aspects paranoïaques transitoires qu'il s'agisse de simples troubles du caractère, ou de psychoses de structure paranoïaque.

Nous rapportons un certain nombre d'observations de tels cas où la paranoïa ne s'inscrit pas dans le contexte d'une personnalité dite paranoïaque. En effet, l'évolution observée sur plusieurs mois ou années, permet de constater que les symptômes paranoïaques n'ont représenté qu'un moment dans la biographie du sujet.

3) Ces cas de "paranoïa transitoire" s'observent notamment au cours de certains "dérèglements" ou "troubles" de l'humeur, qu'il s'agisse d'accès dépressif à type de simple dépression névrotique ou de véritable accès franc de mélancolie.

Ces accès, non traités, peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années, surtout dans les cas d'accès frustres ou atypiques, souvent en rapport avec des situations vécues pathogènes.

Traités au contraire tant sur le plan biologique que psycho-social, ces épisodes peuvent voir leur durée considérablement raccourcie.

4) Les relations entre les différentes composantes du caractère paranoïaque et celles des différents aspects des dérèglements de l'humeur, sont analysés du point de vue clinique, psycho-dynamique et existentiel.

De nombreux points communs sont trouvés entre ces deux types de troubles, ce qui rend compte des formes de transition, d'aspect souvent trompeur, ainsi que des inter-actions si fréquemment observées.

5) L'intérêt de ne pas attribuer trop vite au malade une étiquette de trouble caractériel ou de psychose "paranoïaque", réside dans le mauvais pronostic habituel de ces troubles, alors que les formes de paranoïa que l'on peut appeler transitoires, accompagnant ou résultant des dérèglements de l'humeur, sont maintenant accessibles aux diverses thérapeutiques.

Il en est de la paranoïa comme de la plupart des troubles mentaux ; l'étude minutieuse de la personnalité du patient, notamment à travers sa biographie, l'enquête précise sur le milieu environnant, l'observation prolongée qui n'empêche d'ailleurs pas la mise en oeuvre de thérapeutiques tant biologiques que psychologiques, sont indispensables avant de poser un diagnostic et d'établir un pronostic.

**

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE,

D. GERMAIN

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 28 août 1974

Le Président de l'Université Claude-Bernard,

Pour le Président, le Premier Vice-Président

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE (classée par ordre alphabétique)

Abraham K. : Oeuvres complètes - Payot Paris 1966

Achaintre A. : Les délires - monographies médicales et scientifiques ; synthèses cliniques - Garnier Ed. Août 1964

BARANDE (Mme) : Le délire de relation de Kretschmer - Entretiens psychiatriques - PUF 1956

Baruk (Henri) : Les erreurs dans le diagnostic de Paranoïa et leurs conséquences médico-légales - Annales médico-psychologiques - Paris 1971 TI N°3 p 359 à 376

Borel Y. : La psychologie de l'humeur - Ed. Causse et Cie 1971

Les psychoses passionnelles - Ed. L'Expansion 1952

Capgras et Sérieux : Les folies raisonnantes - Le délire d'interprétation - Paris Alcan 1909

Clérambault (G. de) : Les psychoses passionnelles - Oeuvre 311 455 - Paris PUF - Ed. 1942

Delay (J) : Les dérèglements de l'humeur - PUF 1961

EY H. : Manuel de psychiatrie - Masson Ed. - 1967 - p 511 à 520

Freud S. : Cinq. psychanalyses (Le président Schreber) PUF 1973 (6ème éd.)

Geneviève J.M. : Les délires de relation de Kretschmer - Les dépressions hystéro-anxieuses graves - Extrait de l'Information Psychiatrique - Vol. 49 - n° 8 - octobre 1973 - p 793 à 800

Genil-Perrin : Les paranoïaques - Paris - Ed. Norbert Maloine 1927

Guyotat J. : Recherche sur l'action psychodynamique de certains médicaments psychotropes - Confrontations psychiatriques n° 9 - 1972 - p 207 à 228

Guyotat J. et Marie-Cardine : Structures délirantes et paranoïa CML tome 43 - n° 24 - 20.10.1967

Kretschmer : Paranoïa et sensibilité - PUF 1963

Laing R.D. : Soi et les Autres - Gallimard 1972

Lacan J. : La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité - thèse Paris 1932

Lantéri-Laura : Les psychoses chroniques de l'adulte 37 299 A 10 EMC - Psychiatrie Vol 1

Nacht-Récamier : Théorie psychanalytique du délire - Revue française de psychanalyse - T. XXX 1966 - n° 1 janv.-février - p 145 à 172

Petit Paule : Les délires de persécution curables - Thèse Paris 1937

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47